

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 1 di 524</b></p>
---	--	--

*TIPO DI DISTRIBUZIONE*

- CONTROLLATA*
- NON CONTROLLATA*

**PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA:  
PRG.001. MCAU.TP**

**Registro  
Procedure, Linee Guida e Protocolli**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Responsabile Qualità Aziendale</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore Generale</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Maria Anelli	Dott. Fabrizio De Nicola

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 2 di 524</b></p>
---	--	---

## SOMMARIO

### GENERALITA'

- Scopo
- Campo di Applicazione
- Responsabilità
- Tavola degli aggiornamenti
- Lista di distribuzione
- Prospetto indicatori e valori attesi
- Documenti *come di seguito elencati:*

CODICE	DESCRIZIONE	POSIZIONE
PR.001	Linee Guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia	Regionale
PR.002	Protocollo afflusso elevato numero di pazienti e procedure di emergenza	Regionale
PR.003	<a href="#">Protocollo Inserimento Linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.</a>	Locali U.O
PR.004	<a href="#">Gestione Infermieristica del Codice Rosso</a>	Locali U.O
PR.005	<a href="#">Triage</a>	Locali U.O
PR.006	<a href="#">Linee Guida Ministeriali sugli accertamenti radiologici nel trauma</a>	Nazionale
PR.007	Linee Guida Ministeriali sulla Sindrome Influenzale	Nazionale
PR.008	Linee Guida Regionali H1N1 e Piano Aziendale per la Pandemia + disposizioni al Personale del P.S.	Locale Aziendale
PR.009	Rifiuti pericolosi e a rischio infettivo	Locale P.O.
PR.010	<a href="#">Protocollo medicazioni</a>	Locali U.O
PR.011	<a href="#">Protocollo ausiliari</a>	Locali U.O
PR.012	<a href="#">Protocollo alcolemia</a>	Locali U.O.
PR.013	<a href="#">Protocollo scheda infermieristica</a>	Locali U.O.
PR.014	<a href="#">Linee guida trasferimenti in altri nosocomi</a>	Locale P.O.
PR.015	<a href="#">Protocollo Trauma Cranico Minore</a>	Locali U.O.
PR.016	Linee guida emergenza SUES 118	Regionale
PR.017	Protezione pz non in grado di offrire il consenso informato	Locale P.O.
PR.018	<a href="#">Linea guida ticket Pronto Soccorso</a>	Locali U.O.
PR.019	Linee Guida ricovero Rianimazione	Locale P.O.
PR.020	Linee Guida ricovero UTIN	Locale P.O.
PR.021	Linee Guida su misure di Isolamento	Locale P.O.
PR.022	Linee Guida su prevenzione infezioni vie respiratorie	Locale P.O.

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	 <b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 3 di 524</b>
---	---	--

PR.023	<a href="#">Protocollo Uso Maschera Laringea</a>	Locali U.O.
Pr.024	<a href="#">Protocollo prelievo e Consegna oggetti personali</a>	Locali U.O.
PR.025	<a href="#">Linee Guida ricoveri non urgenti</a>	Aziendale
PR.026	<a href="#">Linee Guida Prevenzione episodi lipotimici</a>	Locali U.O.
PR.027	<a href="#">Linee Guida segnalazione di avvelenamenti, assunzione di cibi guasti o contraffatti o fitofarmaci</a>	Locali U.O.
PR.028	<a href="#">Iter provette per esami di laboratorio</a>	Locale P.O.
PR.029	<a href="#">Criteri di valutazione del personale</a> (contiene, anche, gli obiettivi dell'U.O. per infermieri e medici)	Locali U.O./Aziendali
PR.030	<a href="#">Protocollo Sbarelamento</a>	Locali U.O.
PR.031	<a href="#">Protocollo TeleConsulenza neurologica</a>	Regionale
PR.032	<a href="#">Protocollo Compilazione del Referto Medico e referto non obbligatorio</a>	Locali U.O.
PR.033	<a href="#">Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica</a>	Locale P.O.
PR.034	Linee Guida Tirocinanti e Volontari	Aziendale
PR.035	Linee Guida esecuzione consulenze interne	Locale P.O.
PR.036	<a href="#">Linee guida per gli autisti: disinfezione e verifica ambulanze</a>	Locale U.O.
PR.037	<a href="#">Carta della salute</a>	Regionale
PR.038	<a href="#">Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale</a>	Locale U.O.
PR.039	<a href="#">Infermiere responsabile del turno</a>	Locale U.O.
PR.040	<a href="#">Gestione del sangue e trasfusioni</a>	Locale P.O.
PR.041	<a href="#">Prevenzione delle cadute e paziente fragile</a>	Locale U.O.
PR.042	<a href="#">Identificazione del paziente</a>	Locale U.O.
Pr.042 bis	<a href="#">Identificazione paziente ricoverato</a>	Locale U.O.
PR.043	<a href="#">Igiene delle mani</a>	Aziendale
PR.044	<a href="#">Richiesta consulenze altri nosocomi</a>	Locale U.O.
PR.045	<a href="#">Modifica Protocollo trasferimento</a>	Locale U.O.
PR.046	<a href="#">Trattamento dati paziente "anonimo"</a>	Locale U.O.
PR.047	<a href="#">Violenza</a>	Locale U.O.
PR.050	<a href="#">Consenso Informato</a>	Locale U.O.
PR.051	<a href="#">Protocollo Uso del Massaggiatore Cardiaco Esterno</a>	Locale U.O.
PR.052	<a href="#">Trasferimento Cardiochirurgia ISMETT</a>	Locale U.O.
PR.053	<a href="#">Frattura anca over 65</a>	Locale P.O.
PR.054	<a href="#">Protocollo Gestione Farmaci</a>	Locale U.O.
PR.055	<a href="#">Assistenza Infermieristica durante i trasferimenti</a>	Locale U.O.
PR.056	<a href="#">CPAP di Boussignac</a>	Locale U.O.
PR.057	<a href="#">Accordo territorio/ P.S. diabete</a>	Aziendale
Pr.058	<a href="#">Assistenza al paziente in condizioni critiche o potenzialmente critiche che necessita di procedure o interventi da eseguire al di fuori del MCAU</a>	Locale U.O.
Pr.059	<a href="#">Chiama tutti</a>	

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016**

Pagina 4 di 524

Pr.060	<a href="#">Protocollo trasferimento pazienti MCAU- Radiologia</a>	Locale U.O.
Pr.061	<a href="#">Gestione O.B.I.</a>	Locale U.O.
Pr.062	<a href="#">Richieste di Consulenze Interne</a>	Locale P.O.
Pr.063	<a href="#">Consulenze richieste dal Pronto Soccorso ad altra U.O.</a>	Locale P.O.
Pr.064	Disposizioni in materia di orario di lavoro	Aziendale
Pr.065	Attrezzature Pronto Soccorso	Aziendale
Pr.066	Regolamento acquisti	Aziendale
Pr.067	<a href="#">Ricovero pazienti UU.OO. Chirurgiche</a>	Aziendale
Pr.068	<a href="#">Protocollo Ebola</a>	Locale
Pr.068 bis	<a href="#">Protocollo Ebola (Alcamo)</a>	Locale P.O. Alcamo
Pr.069	<a href="#">Uso delle bacheche</a>	Locale
Pr.070	<a href="#">Compilazione referto medico</a>	Locale
Pr.071	<a href="#">Medicazione</a>	Locale
Pr.072	<a href="#">Accordo territorio ospedale per l'invio di pazienti dal Triage al PPI</a>	Aziendale
Pr.073	<a href="#">Percorso del paziente pediatrico nel presidio ospedaliero "S. Antonio Abate"</a>	Locale P.O.
Pr.074	<a href="#">Trasporto Sangue</a>	Locale U.O.
Pr.075	<a href="#">Invio referti all'autorità di P.G.</a>	Locale P.O.
Pr.076	<a href="#">Corretto uso degli antibiotici</a>	Ministeriale
Pr.077	<a href="#">Procedura intraossea</a>	Locale P.O.
Pr.078	<a href="#">Protocollo dolore toracico</a>	
Pr.079	<a href="#">Protocollo tracciabilità</a>	Locale P.O.
Pr.080	<a href="#">Mantenimento dei privilegges</a>	Locale P.O.
Pr.081	<a href="#">Segnalazione complicità o forme influenzali gravi</a>	Ministeriale
Pr.082	<a href="#">Protocollo ausiliari volontari</a>	Locale U.O.
Pr.083	<a href="#">Ricovero in overbooking</a>	Aziendale
Pr.084	<a href="#">Protocollo fermo tecnico ambulanze</a>	Locale U.O.
Pr.085	<a href="#">Catetere venoso lungo (powerglide)</a>	Locale U.O.
Pr.086	<a href="#">Guida per il paziente che si ricovera in ospedale</a>	Assessoriale
Pr.087	<a href="#">Iter del paziente che ritorna in ospedale con la stessa patologia/sintomatologia entro 30 giorni dalla dimissione</a>	Locale U.O.
Pr.088	<a href="#">La relazione tra paziente e medico in ospedale</a>	Assessoriale
Pr.089	<a href="#">Modalità di gestione della scabbia in ospedale</a>	Locale P.O.
Pr.090	<a href="#">Sorveglianza e controllo delle infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi (cpe)</a>	Locale P.O.
Pr.091	<a href="#">Linee guida - Protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia</a>	Assessoriale
Pr.092	<a href="#">Protocollo paziente proveniente dallo sbarco o dall'hot spot Milo con sospetta TBC</a>	Locale P.O.
	<a href="#">Acronimi utilizzati in Pronto Soccorso</a>	
	<a href="#">Prospetto indicatori</a>	

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 5 di 524</b></p>
---	---	--

Le procedure scritte in **azzurro** sono presenti nel presente registro elettronico, facilmente raggiungibili schiacciando “CTRL” e il tasto sinistro del mouse. Quelle scritte in **nero**, non essendo disponibile il file, sono presenti, solo, nel registro cartaceo presente in originale nella stanza del Direttore dell’U.O., in copia nella stanza “computer”.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 6 di 524</b></p>
---	--	--

## GENERALITA'

**Scopo** della presente procedura è la raccolta, sistematica ed organizzata, di tutte le evidenze oggettive (protocolli, procedure, linee guida...) in uso presso l'U.O.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d' Urgenza del P.O. S. Antonio Abate di Trapani

Ogni evidenza riporta chi l'ha preparata, chi l'ha verificata, chi l'ha approvata e la sua codifica. Contiene inoltre numero e data di emissione nonché numero e data di revisione.

Le specifiche sono riportate all'interno dell'Allegato PR003 [Protocollo Inserimento Linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.](#)

## Il Campo di Applicazione

La procedura descrive come le varie professionalità della struttura organizzativa agiscono per la realizzazione e l'erogazione dei servizi, nel rispetto delle normative di riferimento.

Nello specifico si è fatto riferimento alle linee guida/procedure/ protocolli riconosciuti e validati dalla letteratura scientifica (es: Decreti o circolari ministeriali o regionali, linee guida internazionali, nazionali o regionali, documenti delle società scientifiche, SIMEU innanzi tutto); agli standard **Joint Commission International** per le aree di Emergenza nonché al Piano Annuale dei Controlli "**Assistenza in Emergenza e Urgenza in Ambito Ospedaliero**" trasmesso dal Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Area 2 "Nucleo Ispettivo e Vigilanza"

Si è inoltre tenuto conto dei requisiti presenti nella normativa nazionale e regionale relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie.

## Responsabilità

Il Responsabile dell'U.O., eventualmente coadiuvato dal referente qualità dell'U.O. ha la responsabilità di:

- ◆ redigere il registro in tutte le sue parti e sezioni;
- ◆ curarne l'aggiornamento e la distribuzione;
- ◆ verificare la congruità con i requisiti delle norme di riferimento, con le procedure gestionali di sistema e con tutti i documenti del Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Responsabile Qualità aziendale

- ◆ ha la responsabilità di verificare la rispondenza del registro ai requisiti della norma di riferimento ed alla Politica della qualità definita dalla Direzione dell'organizzazione
- Tutto il personale dell'organizzazione
- ◆ è chiamato a contribuire nell'applicazione, nell'aggiornamento e nel miglioramento del contenuto del presente documento.

## Tavola degli aggiornamenti

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 7 di 524</b></p>
---	--	---

Nella tabella di seguito esposta vengono riportate le modifiche subite dalla presente procedura e le revisioni adottate con la data di emissione.

<i>REV.</i>	<i>DATA</i>	<i>MOTIVO</i>
0	30.09.2011	PRIMA EMISSIONE
1	28.06.2012	REVISIONE PER AGGIORNAMENTO PROCEDURA DOCUMENTALE
2	29/05/2014	REVISIONE PER AGGIORNAMENTO
3	23.05.2016	REVISIONE PER AGGIORNAMENTO ?????

**List** di distribuzione

In allegato **REGISTRO DI DISTRIBUZIONE DEI DOCUMENTI DR.1.PRG.001.DrQ**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 8 di 524</b></p>
---	--	---

**PR003: Protocollo inserimento linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore Sanitario/Presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR003</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

## Premessa

E' istituito il registro delle procedure, linee guida e dei protocolli, unico, per tutte le figure professionali dell'U.O. ( di seguito chiamato *registro*).

Saranno create due copie, una per l'archivio custodito nella stanza del Direttore dell'U.O. ed uno per la consultazione rapida, disponibile nei locali destinati ai computer.

Su tutti i computer dell'MCAU sarà presente una cartella (corsi e linee guida) in cui saranno presenti linee guida, protocolli, manuale della qualità e tutto il materiale proiettato nelle riunioni di audit.

## Scopo

Avere sempre disponibile il materiale per applicare protocolli e linee guida al fine di dare tutti la stessa risposta a parità di quadro sintomatologico

## ITER PER L'ISTITUZIONE E L'APPLICAZIONE

Per una corretta accettazione di linee guida e protocolli è necessaria la condivisione e l'accettazione da parte di tutti gli operatori, prima dell'inserimento, sarà seguito un percorso con le seguenti tappe fondamentali:

1. Informazione dei destinatari. Nel caso di protocolli forniti agli infermieri, anche, i sanitari dell'U.O. saranno informati, preventivamente. A tal scopo saranno organizzate apposite riunioni;
2. Fornito un congruo intervallo di tempo, normalmente 15 giorni, si organizzerà una nuova riunione in cui si discuteranno eventuali proposte alternative e /o migliorative del processo esaminato. In assenza di note si passerà al punto successivo senza eseguire ulteriori incontri;
3. Il documento finale sarà firmato da tutti i destinatari;
4. Il documento sarà inviato alla Direzione Sanitaria per la definitiva approvazione;
5. Il documento sarà inserito nel *registro* e diventerà operativo.
6. In caso di nuova unità, questa sarà informata dei protocolli vigenti e firmerà, per presa visione ed opportuna applicazione, il *registro* nella stanza del Direttore dell'U.O..
7. Nel caso di variazioni di un protocollo, di una procedura o di una linea guida si seguirà lo stesso iter, a partire dal punto 1.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 9 di 524</b></p>
---	--	--

### **Indicatore**

Numero protocolli introdotti in cui si applica il presente protocollo/numero totale protocolli

### **Valore atteso**

100%: tutti i protocolli introdotti sono conformi alla procedura.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 10 di 524</b></p>
---	--	--

## PR004: Gestione Infermieristica Codice Rosso.

<i>PREPARATO</i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR004</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale infermieristico

### 1. Definizione

Secondo il Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, viene definito *codice rosso* il paziente con compromissione delle funzioni vitali.

Questo è un paziente molto critico e deve avere **accesso immediato alle cure, priorità assoluta.**

### 2. “ Riferimenti normativi”

Il DPR 27/3/92, all’art.10, Prestazioni del personale infermieristico, prevede:

*“Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.”*

### 3. Riconoscimento

L’Infermiere Professionale ha, tra i suoi compiti, quello di **rilevare e registrare** i Parametri Vitali di un paziente.

Il processo di triage, istituito nella nostra U.O. nel 1998, prevede una serie di schede “disturbi principali”.

Il programma informatizzato, nonché le disposizioni fornite, oggetto di protocollo in fase di scrittura, circa la corretta esecuzione del triage, prevedono che la prima scheda, “Parametri Vitali”, debba essere sempre visualizzata dall’infermiere, per tutti i pazienti; che lo stesso debba, quindi, transitare **obbligatoriamente** attraverso la maschera “parametri vitali”.

In tale maschera vengono valutati:

- Capacità cognitiva e sistema nervoso
- Attività respiratoria
- Attività cardiocircolatoria

### Attività cognitiva e sistema nervoso

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 11 di 524</b></p>
---	--	---

L'infermiere deve valutare le capacità cognitive e motorie del paziente: il codice rosso deve essere attribuito nel caso di **alterazione acuta** (entro 3 ore dalla presentazione in Pronto Soccorso) di tali capacità.

Esistono dei sistemi di sicurezza per ovviare ad un eventuale mancato riconoscimento del codice rosso neurologico, infatti, se l'infermiere addetto al triage, dovesse superare la maschera "parametri vitali", senza riconoscere il codice rosso, nella maschera "disturbi neurologici" è richiesta l'attribuzione di un punteggio, secondo la Glasgow Coma Score, e la Cincinnati Stroke Scale che prevedono l'attribuzione di un codice rosso se il paziente ha un deficit motorio o disturbi della parola seguendo una guida di semplice esecuzione.

Gli infermieri addetti al triage sono stati formati nell'utilizzare tali scale; tali scale, inoltre, sono rapidamente e facilmente consultabili attraverso il programma informatico.

Nella scheda "disturbi psichici", inoltre, esiste la possibilità di riconoscere, come codice rosso, i pazienti agitati o con atteggiamenti violenti verso se stessi o gli altri.

### Dispnea

Una dispnea evidente è facilmente riconoscibile sia attraverso la presenza di una respirazione rumorosa, l'impegno dei muscoli respiratori accessori o il colorito cianotico della cute.

Pertanto, l'attribuzione di un codice rosso ad un paziente evidentemente dispnoico non dovrebbe costituire un problema per l'infermiere addetto al triage.

### Shock

Altra tipologia di codice rosso è rappresentata da problemi di circolo (shock). Il riconoscimento è agevolato dall'osservazione del colorito della cute: la presenza di pallore e sudorazione, senza motivazione evidente, rappresentano motivo di attribuzione di codice rosso.

## **1) Protocollo operativo**

Quando l'infermiere di triage riconosce un codice rosso, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, quanto meno infermieristica, deve eseguire il seguente iter:

- a) Fare distendere il paziente, se in posizione ortostatica, su barella
- b) Abbandonare la postazione di triage (è l'unica occasione in cui è autorizzato a farlo) ed accompagnare il paziente in sala visita
- c) Qualora le sale visite fossero occupate, le manovre successive saranno eseguite nel corridoio antistante le sale d'attesa che dovrà, pertanto, essere lasciato **sempre** libero (anche per favorire la movimentazione dei pazienti dalle stanze visita)
- d) Avvertire medici ed infermieri delle sale visita dicendo "presenza di codice rosso"
- e) Il personale in sala accelererà le procedure su eventuali pazienti non gravi
- f) Qualora non ci fossero infermieri e/o medici disponibili lo stesso triagista eseguirà le manovre appresso descritte

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 12 di 524</b></p>
---	--	--

- g) Valutazione dello stato di coscienza, ABC, protocolli di BLS-D ed uso del massaggiatore cardiaco esterno, se necessario.
- h) Valutazione di polso, pressione, pulsiossimetria, temperatura, incannulazione di vena e glicemia, somministrazione di sol. fisiologica, O2 con maschera, prelievi per esami ematochimici, cannula di Guedel se necessario
- i) Qualora la glicemia fosse <50 mg% somministrazione di 10 ml di sol. glucosata 33% nell'adulto (peso corporeo>Kg 40), 5 ml nel bambino (peso corporeo<kg40). Ripetere la glicemia dopo 5', ripetere il presente punto per 3 cicli al massimo. Nel frattempo, naturalmente, proseguire con il protocollo.
- j) Se il paziente con glicemia <50 mg% è in stato di incoscienza somministrare glucagone 1 mg i.m. se il peso corporeo è >Kg 40, 0,5 mg se il peso corporeo è <Kg40. Naturalmente, se è presente il medico di guardia, prima di somministrare qualsiasi farmaco, chiedere autorizzazione formale
- k) Se il valore della saturazione di O2 fosse <93%, eseguire EGA, naturalmente riportare le generalità del paziente sull'esame
- l) Monitoraggio ed esecuzione di ECG (se il medico non è ancora arrivato). Trascrizione dei dati anagrafici del pz. sull'ecg
- m) Tutte le manovre ed i parametri dovranno essere sempre registrati e firmati sulla scheda di triage, al fine di poter risalire facilmente all'esecutore
- n) La compilazione della scheda di triage, naturalmente, non ha priorità rispetto all'emergenza, pertanto, verrà compilata appena possibile
- o) I parenti **non** devono essere presenti in sala in caso di codice rosso. La disposizione è valida, anche, per i minori. Eccezioni al presente punto possono essere disposte dal medico di guardia
- p) Nel caso di paziente agitato, in cui non è possibile eseguire i punti soprastanti, compito dell'infermiere sarà quello di evitare che il paziente provochi lesioni a se stesso o ad altri

Naturalmente, se al punto f) venissero applicati i protocolli BLS-d, i punti successivi saranno eseguiti solo se saranno presenti più infermieri e/o medici avendo priorità assoluta le manovre rianimatorie previste dai protocolli BLS-d.

Da notare che sono previsti interventi infermieristici che devono essere **sempre** eseguiti (a-i,k,m,n,p), punti in cui esistono delle variabili legati alle disposizioni del medico di guardia, se presente (j,o).

#### **Indicatori**

Numero di codici rossi accompagnati in sala visita dal triagista / totale codici rossi

#### **Risultati attesi**

100%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 13 di 524</b></p>
---	--	--

## PR005: Triage

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO:</b> <b>PR005</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Personale Infermieristico

### Definizione

Il triage è il processo con cui si sceglie il paziente da visitare prima.

Il processo deve essere legato ai segni e sintomi presentati o raccontati dal paziente: deve essere un processo rapido, logico, di facile comprensione, ripetibile, sicuro, condiviso sia con il personale infermieristico, che deve applicarlo, sia con il personale medico, che deve subire le scelte dell'infermiere, sia con l'utente, che dovrà attendere la visita del medico di pronto soccorso in base al tipo di codice attribuito volto, esclusivamente, all'assegnazione di un codice di priorità.

### Basi legali

Codice deontologico dell'infermiere

Legge sull'emergenza 27/3/1992

Accordo Stato Regioni sul Triage (D.L. 28 agosto 1997, n. 281)

D.P.R. 27 marzo 1992, recante: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

"Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

"Linee Guida sul triage Ospedaliero" della SIMEU

### Generalità

Il sistema di "trriage" è uno strumento organizzativo rivolto al governo, in un servizio per acuti, degli accessi non programmati.

Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del "trriage" è la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Il medico, successivamente alla visita, dopo ogni rivalutazione del paziente o al termine dell'iter diagnostico potrà attribuire altro codice, uguale o diverso da quello di triage, ma che ha altri scopi (es.: priorità di accesso alle consulenze/esami, pagamento ticket, ecc.)

### Personale

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 14 di 524</b></p>
---	--	--

Il triage deve essere svolto da un **infermiere** esperto e specificamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, ed in grado di considerare i segni e sintomi del paziente, per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita, e determinare un codice di gravità, per ciascun paziente, al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

Si tratta di incarico fiduciario dato dal Direttore dell'U.O. all'infermiere che però deve avere i seguenti titoli:

1. anzianità di servizio in Pronto Soccorso di almeno 6 mesi, intendendosi per Pronto Soccorso qualsiasi P.S. presso cui ha lavorato
2. corso di triage con giudizio di superamento dell'esame finale. Il corso deve prevedere lezioni di psicologia dell'accoglienza.

Il medico di guardia può operare il cambio del triagista (in assenza del Direttore dell'U.O. o del Coordinatore Infermieristico), per validi motivi, sostituendo il triagista con altro infermiere tra quelli che hanno ricevuto l'incarico fiduciario, segnalando al Direttore dell'U.O. il motivo..

L'elenco degli infermieri che hanno avuto l'incarico fiduciario di triagista si trova nel manuale della qualità dell'U.O.

### **Responsabilità medico legale**

L'infermiere opera sotto la supervisione del medico responsabile del Pronto Soccorso e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile dell'MCAU o persona da lui indicata e che sono stati opportunamente trasmessi e condivisi con il personale medico ed infermieristico.

Il Direttore dell'U.O., in concerto con, eventuale, persona da Lui indicata come responsabile del triage, sono responsabili dei protocolli di applicazione della procedura.

L'infermiere addetto al triage è responsabile della corretta applicazione dei protocolli vigenti.

La Capo Sala ed il Direttore dell'U.O. sono responsabili dell'attribuzione nominativa della funzione di triagista.

Si ribadisce che la funzione di triagista viene attribuita solo dopo valutazione positiva, nominativamente, e solo agli infermieri aventi i titoli previsti dalle norme di legge vigenti.

Il Medico di Guardia esercita funzione di supervisione volta alla corretta applicazione dei protocolli vigenti.

Da quanto sopra si evince chiaramente che, esistendo responsabilità medico legali personali, il medico di guardia e/o il personale di sala, non devono interferire nell'attribuzione del codice di priorità, nell'accesso alle cure, salvo osservazione di incongruità nel codice assegnato.

Si ricorda che far entrare, in sala visita, un paziente in ordine diverso da quello previsto determina vantaggio solo per il paziente fatto entrare in anticipo, danneggiando tutti gli altri pazienti che sono stati scavalcati.

Nel verificarsi l'evenienza del capoverso sopra stante, il triagista deve essere stilare apposita segnalazione, al rappresentante per il risk management (in questo caso può essere richiesto il ricorso all'anonimato), al Direttore dell'U.O., al responsabile del triage o al Coordinatore Infermieristico affinché vengano intrapresi percorsi atti ad evitare



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 15 di 524</b></p>
---	--	--

il ripetersi della problematica, sia sotto il profilo dei protocolli che sotto quello della loro applicazione.

## Obiettivi

Accogliere il paziente che giunge in Pronto Soccorso, dimostrando un interessamento nei suoi confronti sin dal momento del suo arrivo, con presa in carico dei suoi problemi e valutando i suoi bisogni di salute, classificandoli in base alle priorità e di conseguenza scegliendo il modo migliore di soddisfare i bisogni del malato è la mission del triage.

Il triage ha, anche, il compito di umanizzare il rapporto con il paziente e quindi migliorarne lo stato psicologico ed emotivo.

La mission principale del triage è di attribuire, in modo rapido e coerente, un codice di priorità volto a far accedere alle cure, prima, il paziente più grave.

Garantire accesso immediato alle cure al paziente con alterazioni dei Parametri Vitali o che ha subito grave violenza, secondo protocolli già approvati sulla gestione del codice rosso.

Riduzione del rischio di peggioramento dello stato clinico, attraverso la sorveglianza e l'assistenza rapida.

Riduzione dell'ansia e miglioramento della soddisfazione dei pazienti grazie ad una informazione comprensibile e precisa.

Dai punti sopra riportati consegue che tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso devono eseguire il triage.

Altra mission, non meno importante è la riduzione delle frustrazioni e delle inquietudini del personale che non conosce i sintomi delle persone in sala d'attesa.

Altri compiti sono il miglioramento dell'immagine del servizio di Pronto Soccorso, facendo percepire ai pazienti una buona organizzazione.

**Il consegnare al paziente la scheda di triage implica trasparenza, far comprendere al paziente che si è disponibili a qualsiasi critica ed esame, quindi si fa eseguire una valutazione della qualità dell'assistenza allo stesso paziente che può far modificare la propria scheda se notasse incongruenze.**

## Casi Particolari

**Nel caso di paziente incosciente, essendo prioritario il momento assistenziale rispetto alla raccolta dati anche anagrafici, il paziente entrerà immediatamente in sala visita o apposito spazio, rimandando ad un momento successivo la raccolta dei dati anagrafici ed anamnestici; come da protocollo sulla Gestione Infermieristica del Codice Rosso già in vigore.**

Nel caso di paziente accompagnato da ambulanza, anche 118, il triage verrà eseguito al bancone.

Se il Pronto Soccorso è stato avvisato, per tempo, dell'arrivo di codice rosso, dal personale dell'ambulanza o dalla centrale operativa, si deve provvedere a lasciare libera una sala visita al fine di procedere, con immediatezza, alle operazioni di assistenza. In questo caso il paziente non sarà sbarellato ma entrerà, sulla barella dell'ambulanza, in sala visita.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 16 di 524</b></p>
---	--	--

## Processo di triage

Si compone di alcuni processi fondamentali:

### 1. Raccolta dati

- a) accoglienza ed osservazione immediata del paziente
- b) ascolto ed intervista
- c) valutazione clinica soggettiva

### 2. Pianificazione

- a) trattamento primario
- b) trattamento secondario
- c) rivalutazione

### 3. Valutazione

- Il Sintomo principale ovvero il motivo della richiesta di soccorso
- L'Età della persona da soccorrere (<1 <8 >8 )
- Il livello di Coscienza
- La Respirazione
- I segni clinici di perfusione
- I sintomi principali
- I sintomi secondari
- **Il dolore**

### 4. Rivalutazione

- Deve essere eseguita ai tempi previsti (20' codice giallo, 45' codice verde, 2 ore codice bianco)
- Ogni volta che il paziente riferisce altri sintomi o mostra altri esami
- Ogni volta che l'i.p. lo ritiene necessario
- Ogni volta che il paziente lo richiede

## Codici colori

L'accordo Stato Regioni prevede 4 codici colore:

**Rosso:** emergenza, paziente con compromissione dei parametri vitali, in immediato pericolo di vita.

**Giallo:** paziente che pur non avendo parametri vitali alterati, presenta un quadro clinico tale da far sospettare un possibile aggravamento tale da alterare i parametri vitali

**Verde:** paziente non critico, non bisognoso di cure immediate ed urgenti, con un grado di sofferenza elevato

**Bianco:** paziente che dovrebbe rivolgersi alle strutture ambulatoriali

Dal 2012 la Regione Sicilia ha introdotto il **Codice Rosa:** sono le persone, soprattutto donne e bambini, sottoposte a violenza, specialmente se sessuale. Sul punto si rimanda all'apposito protocollo sulla violenza.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 17 di 524</b></p>
---	--	--

Dal 2013 è stato introdotto il **Codice Stroke** legato ad un problema neurologico acuto, in cui il tempo fra insorgenza dei sintomi, esecuzione della tac e degli esami e arrivo in neurologia comporti un tempo inferiore a 4 ore.

## Metodologia

**La scelta del codice da attribuire deve avvenire in maniera discendente, ovvero, prima bisogna accertarsi che il paziente non abbia alterazione dei parametri vitali (ovvero non è rosso), successivamente ci si deve accertare che non è un giallo (paziente stabile dal punto di vista sintomi raccolti) ovvero un paziente che potrebbe divenire a rischio, e successivamente per gli altri gradi colore.**

Tipologia di triage

Al fine di:

- eseguire una scelta consapevole
- rendere più facile, per il triagista, la scelta del codice da attribuire
- rendere più trasparente e ripetibile la scelta a parità di corteo sintomatologico e a prescindere dall'operatore

si è scelto il triage basato su schede sintomo principale.

## Schede sintomo principale

Tali schede sono state basate sui motivi statisticamente più frequenti di presentazione in pronto soccorso.

All'interno di ogni scheda sono stati individuati sintomi secondari che statisticamente possono predire o indicare possibili stati di maggior rischio per il paziente ed in base a tale rischio sono stati attribuiti i codici colori.

Le schede sintomo principale in atto sono:

- 1) Parametri vitali
- 2) Dolore toracico
- 3) Cardiopalmo
- 4) Perdita di coscienza
- 5) Dolore addominale
- 6) Dolore alla schiena
- 7) Dispnea
- 8) Disturbi Neurologici
- 9) Cefalea
- 10) Disturbi Psicici
- 11) Allergia
- 12) Intossicazione
- 13) Diabete
- 14) Emorragie non Traumatiche
- 15) Trauma maggiore
- 16) Trauma minore
- 17) Gravidanza
- 18) Problemi Cardiologici
- 19) problemi aspecifici

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 18 di 524</b></p>
---	--	---

## 20) Problemi specifici

### Parametri Vitali

Attraverso questa scheda il triagista deve passare per tutti i pazienti, anche se non fisicamente, quanto meno moralmente.

Deve escludere l'alterazione dei parametri vitali, deve eseguire un ABCD prima di iniziare il colloquio con il paziente.

La scheda deve essere aperta per segnalare eventuali segni di shock (pallore e sudore senza motivo evidente), dispnee evidenti, alterazioni del colorito cutaneo indicative di grave insufficienza respiratoria (es.: cianosi), respirazione rumorosa o alterazioni del sensorio, segni di violenza, segni di alterazione dei movimenti o del linguaggio in cui il tempo pre ospedaliero, sommato a quello necessario per le indagini preliminari e all'arrivo in stroke unit sia inferiore a 4 ore.

### Dolore Toracico

Viene considerato dolore toracico qualsiasi dolore che interessa qualsiasi punto del tronco compreso fra i piani orizzontali passanti, in alto, sul margine inferiore della mandibola, in basso, sui margini sotto costali, non traumatico.

Vengono valutati i tempi di insorgenza del dolore. Il tempo zero sarà rappresentato dal momento di comparsa del dolore o di sua modifica in senso peggiorativo (questa considerazione è valida per tutte le valutazioni del dolore), nella scheda è prevista la valutazione, anche, di alcuni fattori di rischio (storia di cardiopatie, broncopatie, ipertensione, uso di estrogeni, ecc.) in modo che il codice attribuito abbia una relazione con la stratificazione del rischio.

Vengono valutati, anche, storie di flebiti o fattori predisponenti l'embolia polmonare oltre che storie di pneumopatie o cardiopatie.

### Cardiopalmi

Scheda da utilizzare se il paziente riferisce la sensazione di sentir battere il proprio cuore. Per le considerazioni sui sintomi associati per la valutazione del rischio è molto simile alla scheda dolore toracico

### Perdita di coscienza

Deve essere utilizzata solo in caso di riferita perdita di coscienza. Il paziente in stato comatoso o svenuto all'atto del triage deve essere valutato secondo la scheda parametri vitali. Circa i fattori di rischio è simile alle schede precedenti

### Dolore addominale

Scheda da usare nel caso di dolore insorto sulla faccia anteriore dell'addome, o meglio, nella porzione di tronco compresa tra i piani passanti in alto sui bordi costali inferiori, in basso sul piano passante per il margine inferiore del pube. Oltre alla scala del dolore devono essere valutate la storia recente di perdita di coscienza o sudorazione e pallore associate a storia di aneurisma dell'aorta o donna in età fertile.

In tali casi, infatti, l'anamnesi è suggestiva per rottura di aneurisma dell'aorta o di gravidanza extrauterina.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 19 di 524</b></p>
---	--	---

## **Dolore alla schiena**

Per definizione è il dolore insorto sulla faccia posteriore del tronco compreso in alto dal piano passante per i bordi costali inferiori, in basso sul piano orizzontale passante per il bordo inferiore del pube. Circa i fattori di rischio sono simili a quelli presenti nella scheda precedente.

## **Dispnea**

Si deve trattare di storia di dispnea, di respirazione riferita faticosa. In caso di dispnea obiettiva deve essere utilizzata la prima scheda (parametri vitali). In questa scheda sono valutati segni e sintomi predittivi di rischio sia cardiologico che legati a problematiche pneumologiche.

## **Disturbi Neurologici**

Viene utilizzata in caso di problematiche neurologiche riferite. Il paziente deve essere sveglio e collaborante. L'infermiere deve attribuire un punteggio secondo la scala di Glasgow e deve eseguire i test previsti dalla Cincinnati Gare (\*\*?\*\*\*). Vengono valutati anche altri fattori di rischio predisponenti a ictus sia emorragico che ischemico.

## **Cefalea**

Scheda simile alla precedente. Vengono valutati sia il grado di dolore sia alcuni fattori di rischio per emorragia cerebrale.

## **Disturbi Psicici**

Oltre ad un'eventuale valutazione sull'anamnesi psichiatrica del paziente, vengono valutati anche i rischi sull'aggressività del paziente sia verso se stesso che verso gli altri.

## **Allergia**

Viene utilizzata in caso di comparsa di segni o sintomi suggestivi di allergia. Viene valutata la storia su allergopatie precedenti e sull'andamento dei sintomi.

## **Intossicazione**

Scheda simile alla precedente, da utilizzare in caso di assunzione o esposizione involontaria di "farmaci" nel senso più esteso del termine. Nel caso di assunzione volontaria sarebbe più corretto utilizzare la scheda disturbi psicici.

## **Diabete**

Scheda da utilizzare poco e solo quando il paziente non riesce a dire altro del proprio "star male". Il paziente diabetico, senza altra sintomatologia associata, non dovrebbe presentarsi in Pronto Soccorso. In questa scheda vengono riproposte alcune domande che rimandano ad altre schede sintomo principale. In caso di mancanza di altri sintomi riferiti il triagista può valutare il grado di sofferenza ed utilizzarla per la valutazione del paziente.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 20 di 524</b></p>
---	--	---

### **Problemi Cardiologici**

Scheda molto simile alla precedente rivolta ai pazienti cardiologici che non riescono a specificare altrimenti il proprio malessere.

### **Problemi aspecifici**

Come la precedente per pazienti che non riescono a dire altro se non che stanno male. L'uso intensivo di queste schede implica valutazione negativa del triagista.

### **Emorragie non Traumatiche**

Come dice il nome della scheda deve essere utilizzata ogni qual volta il paziente riferisce o mostra la perdita di sangue attraverso un orificio naturale del corpo. Oltre al tipo di emorragia, vengono valutati fattori di rischio predisponenti a tali emorragie.

### **Trauma maggiore**

Viene definito come trauma maggiore qualsiasi trauma che possa mettere in pericolo la vita o l'integrità fisica del paziente. L'infermiere dovrà attribuire un valore secondo la scala di Glasgow, nella scheda deve essere indicato come arriva il paziente (con i suoi piedi, barellato e tipo di barella, uso di presidi di immobilizzazione). Qualora nessuno dei sintomi associati venisse modificato si passerà alla scheda trauma minore.

### **Trauma minore**

Si accede a questa scheda dopo essere transitati nella precedente scheda senza aver segnalato alcun sintomo in essa presente. In questa scheda verrà segnalato sede e tipologia del trauma (contusione, escoriazione, ferita, corpo estraneo, ustione).

Per ferita, nelle due schede sul trauma, si intende una soluzione di continuo della cute superiore a 2 cm di lunghezza o 1 di profondità o, anche sospetto, interessamento dei tessuti profondi (muscoli, tendini, vasi, ecc...).

Nel caso di ferite del volto o di parti scoperte viene attribuito un punteggio maggiore a causa dei rischi connessi a sepsi e quindi possibili ferite deturpanti con sequele medico legali intuibili.

### **Gravidanza**

Scheda da utilizzare per la paziente gravida non rientrante nelle schede precedenti. Vengono valutati i rischi di parto prematuro o incipiente nel corso dei vari trimestri di gestazione.

### **Problemi specifici**

Scheda da utilizzare per il paziente che presenta delle richieste particolari, di norma richieste di prestazioni ambulatoriali. Deve essere utilizzata il meno possibile. L'analisi di questa scheda costituisce momento di valutazione particolarmente attenta per la capacità di fare triage.

*Si allegano stampe delle schede utilizzate che rappresentano parte integrante del presente protocollo.*

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 21 di 524</b></p>
---	--	--

### **Grado di sofferenza elevato**

Poiché ogni paziente ha un grado di sopportazione del dolore diverso, poiché spesso passano ore o giorni prima della presentazione in pronto soccorso, poiché alcuni pazienti sono evidentemente più instabili di altri. L'infermiere addetto al triage può attribuire un "grado di sofferenza elevato" ai pazienti codice bianco, trasformandoli in codici verdi.

Il ricorso a questa variazione deve avvenire nella maniera meno frequente possibile; questo punto rappresenta uno dei metodi di valutazione.

Particolare sensibilità nell'uso di questo metodo deve essere rivolta nel caso di bambini. Lunghe attese possono rendere difficile una visita o un trattamento.

Negli adulti (ma anche nei bambini) si agirà attraverso la valutazione della curva Tempo/intensità del dolore. Il fattore tempo è azzerato nel caso di riesacerbazione del dolore.

Al paziente verranno poste delle semplici domande volte a quantificare il dolore (da 1 a 10 o da 1 a 100) o verrà mostrata una scala millimetrata su cui il paziente segnerà il punto in cui si posiziona il proprio malessere.

Naturalmente l'attribuzione del grado di sofferenza elevato verrà eseguita in caso di dolore violento insorto da poco tempo, non verrà attribuito in caso di dolore di debole intensità e/o presente da ore o giorni.

### **Variazione delle schede sintomo principale**

La variazione delle schede, sia nell'intestazione che nei contenuti, seguirà il percorso della variazione dei protocolli e delle linee guida, secondo quanto già presente nel registro dei protocolli e già approvato sia dagli infermieri professionali dell'U.O. che dagli organi competenti.

Nel caso di sostituzione della grafica della scheda, sempre seguendo le procedure di modifica dei protocolli e linee guida potrà essere sostituita la sola scheda sintomo.

### **Note**

In ogni scheda è presente uno spazio in cui l'infermiere triagista può scrivere eventuali particolari o fatti che vuole segnalare al personale di sala o a futura memoria. Tali annotazioni vengono riportate nella scheda di triage, sono visibili per il paziente e saranno conservati nell'archivio elettronico.

### **Esecuzione**

All'apertura del programma viene visualizzata la maschera per la raccolta dei dati anagrafici del paziente. In caso di paziente non in grado di rispondere o in caso di momenti di particolare afflusso sarà possibile assegnare dei codici alfanumerici al paziente da aggiornare successivamente.

Compilata questa scheda si dovrà attraversare, obbligatoriamente, la scheda "Parametri Vitali".

Questo momento metodologico è legato a problematiche medico legali. Il triagista non deve avere scuse se non riconosce un paziente con parametri vitali alterati. Da questo mancato riconoscimento, infatti, deriverebbe un ritardo nell'accesso alle cure con rischio per tale paziente.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 22 di 524</b></p>
---	--	--

Superata questa scheda senza apporre modifiche si transiterà in una scheda in cui potrà essere scelta la “scheda sintomo principale” ovvero ritornare alla scheda Parametri Vitali”.

Al termine del triage, la scheda verrà stampata e consegnata al paziente. Nella scheda sono segnati i rischi cui va incontro il paziente che fornisce false generalità e la possibilità del pagamento del ticket. La scheda deve essere fatta sottoscrivere al paziente, che così accetta i punti di cui sopra. La scheda viene consegnata al paziente che la terrà fino all'ingresso in Pronto Soccorso quando la darà all'infermiere di sala.

Il paziente è invitato dal triagista a controllare, oltre i propri dati anagrafici, anche la correttezza della raccolta dell'anamnesi. In assenza di contestazioni, la firma indica la correttezza formale della raccolta anamnestica infermieristica.

### **Controllo della sala d'attesa e dell'area arrivo pazienti**

Compito del triagista è quello di controllare, visivamente, lo stato dei pazienti in attesa e di rivalutarli, eseguendo un rapido triage, di norma, secondo tempi prestabiliti, o in caso di necessità, immediatamente al presentarsi di nuovi segni o sintomi.

Il paziente che giunge con ambulanza eseguirà il triage e successivamente verrà sbarellato nell'apposito spazio previsto a tale scopo.

Come da disposizioni regionali, cui si rimanda per eventuali aggiornamenti che diverranno immediatamente esecutivi, il paziente individuato come codice giallo verrà assistito dal personale viaggiante dell'ambulanza fino al suo ingresso in sala visita. Il paziente individuato come codice bianco o verde resterà in carico al triagista, alla stregua di tutti i pazienti in attesa di visita.

### **Accesso alle cure**

Il paziente avrà accesso alle cure in base al codice assegnato dal triagista ed in base ai tempi di arrivo, secondo la metodologia appresso indicata.

Prima entreranno tutti i codici Rossi, in base all'ordine di arrivo. Se non ci sono codici rossi in attesa, entreranno i gialli in base alla cronologia di arrivo e così successivamente fino ai codici bianchi.

Quindi, per esempio, se un codice giallo arriva dopo un codice bianco, entrerà in sala visita sicuramente prima di tutti i codici verdi o bianchi già presenti in attesa.

### **Rivalutazione**

L'infermiere triagista deve eseguire una rivalutazione dei pazienti in sala d'attesa secondo i tempi appresso elencati. Ad ogni rivalutazione, inoltre, il codice potrà restare invariato o modificato (sia verso l'aggravamento che il miglioramento).

La rivalutazione dei codici rossi non deve esistere poiché l'accesso alle cure deve essere immediato.

La rivalutazione del codice giallo deve avvenire ogni 20', del verde ogni 45', il bianco ogni 2 ore.

A tale scopo esistono particolari procedure che evidenziano i pazienti da rivalutare, sul programma di gestione informatica del triage allo scopo predisposto.

Nella scheda di rivalutazione è previsto apposito spazio per eventuali segnalazioni o per motivare le variazioni del codice di triage apportate.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 23 di 524</b></p>
---	--	--

La variazione del codice di triage verrà conservata nell'archivio elettronico, riportando, anche, l'ora e la firma elettronica di chi ha immesso la password per eseguire la rivalutazione.

### **Sicurezza**

La sicurezza e la tracciabilità del triage vengono garantite attraverso l'immissione di password che permette di registrare e conservare nell'archivio elettronico il nome del titolare della password inserita.

Per motivi di sicurezza ed in conformità alle norme di legge vigenti la password dovrà essere sostituita ogni 60 giorni. Trascorso tale tempo, senza sostituzione della password non sarà possibile eseguire registrazioni.

Il titolare della password potrà sostituirla ogni volta che vorrà ed è tenuto a non svelarla a terzi per nessun motivo.

In ogni caso, tutte le registrazioni eseguite con la sua password comporteranno la sua individuazione come responsabile del procedimento.

### **Registrazione dei tempi**

Per scopi statistici e medico legali vengono registrati i seguenti tempi:

momento di apertura della scheda anagrafica

momento di chiusura del triage

momento di accesso al computer visita

momento di richiesta di ciascun esame, consulenza, referto medico o inail

momento della dimissione o del ricovero

### **Aggiornamento**

Ogni anno, in apposita riunione, tutti gli infermieri riceveranno un report sul loro operato, al triage, relativo all'anno precedente. In tale report verranno evidenziate eventuali criticità. Tale valutazione verrà riportata nella scheda di valutazione annuale dell'infermiere. Alla valutazione parteciperà il Capo Sala o persona da lui incaricata.

Quando possibile, possibilmente almeno ogni biennio, d'intesa con la Direzione Strategica Aziendale, saranno tenuti corsi di triage di base per i nuovi infermieri in carico al Pronto Soccorso e corsi di refresh volti ad aggiornare le metodiche adottate, il personale infermieristico dovrà seguire tali corsi e la Capo Sala terrà i registri di tali aggiornamenti.

### **Varie**

La Capo Sala, d'intesa con il Direttore dell'U.O., stabilirà chi può assumere il compito di triagista ed indicherà un turno di servizio per questa funzione.

Il personale assegnato a questa funzione deve essere provvisto dei requisiti previsti dalle leggi vigenti.

Nel caso di gravi inadempienze, segnalazioni di problemi da parte di utenti o medici dell'U.O., dopo apposita indagine, di cui l'interessato verrà tempestivamente messo al corrente, si potranno assumere provvedimenti di sospensione dalla funzione di triage con carattere temporaneo o definitivo.

### **Criticità**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 24 di 524</b></p>
---	--	--

Nella scheda Diagnosi Specifica è prevista la possibilità di attribuire un codice giallo. Nel caso di uso di tale processo si deve specificare il motivo che ha determinato il ricorso a questa modalità di emergenza; l'uso della metodica, infatti, implica che manca la possibilità di attribuire un codice grave attraverso le altre schede. L'uso improprio della procedura costituisce motivo di valutazione.

Nel caso di dubbi, il triagista, deve chiedere chiarimenti, al fine di evitare problematiche che mettano a rischio la salute del paziente e l'immagine del sistema Triage Pronto Soccorso, al Direttore dell'U.O., al responsabile del triage, alla Capo Sala, al responsabile del Risk Management (in quest'ultimo caso, anche, chiedendo il rispetto dell'anonimato).

### **Triage pediatrico (note 2016)**

I piccoli pazienti con almeno uno dei sintomi appresso descritti, devono essere considerati pazienti a rischio, almeno, codice giallo.

Sintomi da considerare sempre a rischio:

- 1) **Temperatura >38,8°C**
- 2) **Piccolo è “abbandonato” ossia non piange, soporoso, non interessato a quanto avviene intorno a lui pur essendo sveglio**
- 3) **Pianto non consolabile**
- 4) **Piccolo pallido o sudato**
- 5) **Saturazione <96**

### **Percorsi brevi**

Il paziente codice bianco o verde che viene inviato al PPI o all'ambulatorio pediatrico deve ricevere la scheda di triage.

Quanto sopra per diverse motivazioni:

- 1) Medico legale, ovvero dimostrare al paziente, fornendogli la scheda, le motivazioni del codice
- 2) Assistenziale: il medico che negli ambulatori sopra menzionati conosce il codice attribuito
- 3) Certificativo: dimostrazione del tempo che il triagista ha impiegato per spiegare al paziente l'iter che doveva seguire e per far comprendere il concetto di appropriatezza al Pronto Soccorso
- 4) Documentazione del lavoro espletato al triage

### **Indicatori**

1. 100 \* Numero schede triage compilate / Numero di accessi al Pronto Soccorso
2. Numero di codici bianchi e verdi visitati / totale accessi bianchi e verdi
3. (Numero pazienti ritornati / totale pazienti inviati) x 100

### **Valore atteso**

1. >80%
2. < anno precedente



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 25 di 524</b></p>
---	---	--

3. < 20%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 26 di 524</b></p>
---	--	---

## PR006 La diagnostica per immagini

# Linee guida di riferimento per la diagnostica mediante immagini

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 27 di 524</b></p>
---	--	---

Testo revisionato da esperti rappresentanti la radiologia e la medicina nucleare europee

In collaborazione con il Royal College of Radiologists del Regno Unito

**Con il coordinamento della Commissione europea**

Commissione europea Direzione generale dell' Ambiente 2000

Numerose altre informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet via il server Europa (<http://europa.eu.int>).

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2002

ISBN 92-828-9456-8 © Comunità europee, 2002

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

## **Prefazione**

Queste linee guida di riferimento per la realizzazione di immagini diagnostiche rappresentano un'evoluzione di quelle contenute nell'opuscolo «Making the best use of a Department of Clinical Radiology: Guidelines for Doctors» (Fare il miglior uso possibile di un reparto di radiologia clinica: linee guida per i medici), pubblicato dal Royal College of Radiologists del Regno Unito nel 1998 (1). I criteri in questione sono stati adattati da vari gruppi di esperti di diversi paesi tenendo conto anche delle opinioni

espresse dalle associazioni di radiologia e dai rappresentanti delle associazioni di medicina nucleare degli Stati membri attraverso le associazioni europee di radiologia e medicina nucleare. La Commissione europea ha coordinato la procedura.

Le linee guida di riferimento possono ora essere approvate come modelli per gli Stati membri, anche se si riconosce l'esigenza di ulteriori adattamenti per tener conto delle diverse situazioni nel campo delle prassi e delle attrezzature sanitarie locali. La prossima

edizione delle linee guida sarà curata dal Royal College of Radiologists (presidente del gruppo di lavoro: prof. Gillian Needham, Aberdeen), in collaborazione con la Commissione europea e con i diversi organismi che raggruppano esperti nell'ambito dell'Unione europea. I nuovi criteri saranno ancor più attinenti alla realtà effettiva della prassi medica e terranno conto in misura più incisiva sia delle prassi vigenti nei vari paesi d'Europa, che nel Regno Unito.

La direttiva UE 1997/43/Euratom del Consiglio (2) stabilisce che gli Stati membri promuovano la definizione e l'impiego di livelli diagnostici di riferimento per esami

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 28 di 524</b></p>
---	--	---

radiologici e provvedano a rendere disponibili indicazioni a tal fine. Le linee guida di riferimento indicate in queste pagine possono essere impiegate ai fini suddetti. La pubblicazione di questo studio non sarebbe stata possibile senza il contributo di un sub-comitato che si è riunito tre volte nel 1999 e che è articolato come segue: Dr. prof. W. Becker, Nuclear Medicine, Göttingen, DE Prof. Angelika Bischof Delaloye, presidente, European Association of Nuclear Medicine, Lausanne, CH Dr. Vittorio Ciani, Commissione europea, direzione generale XI, Bruxelles, B Prof. Adrian K. Dixon, Royal College of Radiologists, Cambridge, UK Sig. Steve Ebdon-Jackson, Department of Health, London, UK Dr. Keith Harding, Nuclear Medicine, Birmingham, UK Dr. Elisabeth Marshall-Depommier, Paris, F Prof. Iain McCall, presidente, UEMS sezione Radiology, Oswestry, UK Prof. Gillian Needham, Royal College of Radiologists, Aberdeen, UK Prof. Hans Ringertz, European Association of Radiology, Stockholm, S Dr. Bruno Silberman, Hon. General Secretary, UEMS, Paris, F Dr. Diederik Teunen, Commissione europea, direzione generale XI, Bruxelles, B Dr. Ciska Zuur, Ministry of Housing, Spatial Planning and the Environment, The Hague, NL

A tutte queste persone vanno i nostri più sentiti ringraziamenti.

P. Armstrong Prof. Hans Ringertz Presidente (1999) Royal College European Association of Radiologists of Radiology London, UK Stockholm, S  
Prof. Angelika Bischof Delaloye Presidente (1999) European Association of Nuclear Medicine Lausanne, CH

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 29 di 524</b></p>
---	--	---

## **Prefazione alla 4<sup>a</sup> edizione (1998) delle linee guida (1) del Royal College of Radiologists (RCR)**

Questo fascicolo è stato preparato per aiutare i medici a fare il migliore uso possibile di una struttura di radiologia clinica. L'impiego non saltuario di raccomandazioni di questo tipo consente di ridurre il numero di indagini e, di conseguenza, di diminuire l'esposizione di carattere medico alle radiazioni (3-7).

L'obiettivo primario di questo opuscolo consiste, tuttavia, nel migliorare la prassi clinica. Le raccomandazioni di questo genere ottengono il migliore risultato se sono poste in pratica unitamente ad un dialogo clinico-radiologico, nell'ambito di una procedura di audit, e se sono attuate sia da parte dei medici, di qualsiasi grado, che lavorano in ambiente ospedaliero, sia da parte dei medici generici. Il direttore di redazione (Adrian Dixon, Cambridge) è stato assistito dagli altri membri del gruppo di lavoro:

dr. John Bradshaw (Bristol), dr. Michael Brindle (presidente del Royal College of Radiologists, King's Lynn), dr.ssa Claire Dicks-Mireaux (Londra) che ci ha purtroppo lasciato, dr. Ray Godwin (Bury St Edmunds), dr. Adrian Manhire (presidente del sub comitato di audit dell'RCR, Nottingham), dr. Gillian Needham (Aberdeen), dr. Donald Shaw (Londra), sig. Chris Squire (consigliere di audit clinico dell'RCR), dr. Iain Watt (Bristol) e prof. J. Weir (direttore della cattedra di radiologia, Aberdeen). Il sig. Barry Wall del Consiglio nazionale di protezione dalle radiazioni (NRPB) ha fornito gentilmente dati aggiornati sulle dosi di radiazioni per tutta una serie di indagini.

Dalla data della terza edizione si sono compiuti ulteriori progressi nell'ambito della produzione di immagini diagnostiche con risonanza magnetica (RM) e tali progressi si riflettono nelle raccomandazioni.

Questa edizione comprende anche raccomandazioni per taluni nuovi ruoli di «nicchia» degli ultrasuoni (US), della tomografia computerizzata (TC) e della medicina nucleare (MN), compresa la tomografia ad emissione di positroni (PET). L'approccio basato sui sistemi ed apparati, introdotto nel 1995, è stato confermato. La maggior parte delle informazioni ricevute ha infatti consentito di verificare che questo formato era più utile di altri scelti in precedenza.

Anche in questo caso, abbiamo segnalato se le affermazioni presentate nell'opuscolo si basano o meno su prove scientifiche rigorose. Coerentemente con la politica di articolazione delle linee guida all'impiego clinico (8), stabilite dal consiglio di direzione del ministero della Sanità del Regno Unito, abbiamo adottato la seguente classificazione:

**(A) prove a controllo casuale (randomised controller trials = RCTs), meta-analisi, verifiche sistematiche;**

**(B) studi sperimentali o di osservazione ben fondati;**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 30 di 524</b></p>
---	--	---

(C) altre prove che confermano che il parere si basa sull'opinione di esperti ed ha l'appoggio di autorità riconosciute.

È interessante notare come questi sistemi di categorizzazione siano diventati oggi prassi di largo uso in molti aspetti dell'assistenza sanitaria, dato che la cosiddetta «medicina basata sulle prove» trova larga accettazione (9-10). La verifica delle prove ha richiesto molto tempo. Il gruppo di lavoro desidera a tale riguardo esprimere la propria gratitudine alla dr.ssa Rachel Harrison che ha realizzato una gran parte della raccolta dei dati iniziali nell'ambito del progetto REALM finanziato dal Royal College of Radiologists (RCR). Ulteriori ricerche bibliografiche sono state realizzate da singoli membri del gruppo di lavoro e da vari altri gruppi di specialisti in diagnostica per immagini, con raccolta di dati di grande valore.

Sono state distribuite circa 85 000 copie della terza edizione (1995) dell'opuscolo e il suo contenuto è stato commentato a varie riprese dal consiglio di direzione del ministero della Sanità (NHSE) (8,11), dai dirigenti del consiglio dei medici britannici e dalla Commissione di audit (12). È degno di nota il fatto che gli orientamenti espressi nell'opuscolo sono stati adottati da vari utilizzatori, che ora subordinano i contratti con i dipartimenti di radiologia clinica all'impiego delle raccomandazioni dell'RCR. Le raccomandazioni sono state adottate anche nel settore privato e, inoltre, sono state tradotte e adottate da società radiologiche di altri paesi. Esse servono in ampia misura come riferimento per studi di audit (13), mentre vari ospedali particolarmente aggiornati hanno ottenuto versioni elettroniche del testo, in modo da inserirle nei loro sistemi informatici. La presente quarta edizione è già stata sottoscritta dall'Academy of Medical Royal College ed è stata approvata dall'unità di valutazione delle linee guida presso il St George's Hospital di Londra. Date le serie implicazioni che sono collegate a queste raccomandazioni, il gruppo di lavoro è pienamente consapevole dell'importanza di definirle quanto meglio è possibile. Riteniamo che questa quarta edizione, elaborata a seguito di un ampio lavoro di consultazione (cfr. appendice), rappresenti con sufficiente fedeltà il modo in cui i servizi di radiologia clinica devono essere utilizzati per risolvere alcuni dei quesiti clinici più frequenti. Vi sono indubbiamente alcune decisioni impopolari, dato che ci è successo di ricevere a volte pareri diametralmente opposti ai nostri. Resta da dire, tuttavia, che ciò è un fatto inevitabile in una delle specialità mediche che più rapidamente si stanno sviluppando.

Formuliamo l'auspicio che questa quarta edizione sia utile e speriamo di continuare a ricevere pareri e commenti motivati in modo da poter proseguire nell'opera di aggiornamento del testo. La prossima edizione delle linee guida dell'RCR è prevista per l'anno 2002.

*Adrian K. Dixon, a nome del gruppo di lavoro «linee guida» dell'RCR*

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 31 di 524</b></p>
---	--	--

## Introduzione

### Perché sono necessari criteri di riferimento e linee guida?

Un'indagine si può definire utile quando il suo risultato — positivo o negativo che sia — cambierà la gestione del paziente o confermerà la diagnosi del medico. Un numero significativo di indagini radiologiche non rispetta questo principio e può, quindi, comportare un'esposizione inutile del paziente alle radiazioni ionizzanti (14). Le cause principali di un impiego inutile e dannoso della radiologia sono:

#### 1. Ripetere le indagini che sono già state fatte:

per esempio, presso un altro ospedale, presso il servizio «pazienti esterni», oppure presso le strutture di pronto soccorso.

#### L'ESAME È GIÀ STATO FATTO?

Si deve fare tutto quanto è possibile per ottenere le immagini radiografiche precedenti. Il trasferimento dei dati digitalizzati per via elettronica potrà aiutare molto nei prossimi anni.

**2. Richiedere un'indagine quando è improbabile che i risultati modifichino la gestione del paziente:** perché il risultato «positivo» previsto è di solito irrilevante, per esempio: un'artrosi vertebrale («normale» quanto lo sono i capelli grigi a partire dalla mezza età) oppure perché è del tutto improbabile che vi sia un risultato positivo. **C'È BISOGNO DI QUESTO ESAME?**

**3. Indagini ripetute troppo spesso:** per esempio: prima che la malattia abbia potuto progredire o risolversi, oppure prima che i risultati possano influenzare il trattamento.

#### C'È BISOGNO DI FARLO ADESSO?

**4. Attuare l'indagine sbagliata:** le tecniche di produzione di immagini diagnostiche sono in rapido sviluppo. È spesso utile discutere l'opportunità di un'indagine con uno specialista di radiologia clinica o di medicina nucleare prima di richiederla.

#### È QUESTA LA MIGLIORE INDAGINE?

**5. Omissione di informazioni cliniche adeguate e dei quesiti a cui l'indagine deve rispondere:**

deficienze in questo campo possono condurre all'impiego di una tecnica sbagliata (per esempio: omissione di una proiezione essenziale).

#### HO SPIEGATO BENE IL PROBLEMA?

**6. Eccesso di indagini:**

alcuni medici tendono a fare affidamento sulle indagini radiologiche più di altri loro colleghi. Alcuni pazienti sono contenti di essere oggetto di indagini.

#### SI ESAGERA CON LE INDAGINI?

**Quale parere è disponibile?**



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 32 di 524</b></p>
---	--	---

In numerose situazioni cliniche sono state definite precise linee guida. Per linee guida si intendono: *affermazioni organizzate in maniera sistematica allo scopo di aiutare le decisioni del medico e del paziente per un'adeguata assistenza medica in occasione di situazioni cliniche specifiche...* (Field & Lohr 1992, 15).

Come è implicito nello stesso termine, per «linee guida» non si intende un obbligo rigido nel campo della prassi clinica, bensì un concetto di buona prassi in funzione del quale possano essere prese in considerazione le esigenze del singolo paziente. Pertanto, se vi sono buone ragioni per non tenerne conto, le linee guida non vanno prese come norme assolute. Nessuna serie di raccomandazioni avrà mai un consenso universale, per cui è opportuno che si discuta, per qualsiasi problema, con il proprio radiologo.

La definizione di linee guida ha quasi assunto carattere di scienza, dato che sono sempre più numerosi gli studi che trattano il tema delle linee guida come un settore in continua evoluzione. In particolare, gli esperti hanno provveduto a stabilire una precisa metodologia per lo sviluppo delle linee guida, la loro definizione e la loro valutazione (8, 21). Ricorrendo ad una tale metodologia, lo stabilire una linea guida scientificamente fondata rappresenta una pietra miliare nella ricerca. Per i 280 problemi clinici citati in questo opuscolo, può sembrare poco pratico un impiego di tempo e di risorse così grande. Nondimeno, durante l'elaborazione di queste raccomandazioni è stato rispettato gran parte dell'approccio filosofico e metodologico per la preparazione delle linee guida. In particolare, si è provveduto ad uno studio approfondito delle pubblicazioni scientifiche disponibili e dei loro riferimenti bibliografici. Il Royal College of Radiologists dispone di un archivio bibliografico che è servito a validare le affermazioni contenute nel testo.

Agli esperti di altre discipline e ai rappresentanti dei pazienti è stata offerta ogni opportunità per esprimere le proprie opinioni. Molti gruppi sono stati incoraggiati a formulare commenti su determinati punti, sulle scelte poste in atto a livello locale ecc. In particolare, hanno fornito un valido sostegno le sezioni specialistiche di diagnostica per immagini. Si è attuato un dialogo approfondito con altri gruppi professionali, cui hanno partecipato i rappresentanti dei pazienti e di tutte le società medico-scientifiche britanniche, culminato con l'approvazione da parte della Academy of Medical Royal Colleges (cfr. appendice). È chiaro che uno degli aspetti più significativi di queste raccomandazioni è il fatto che esse sono state riviste e modificate nel corso delle quattro edizioni, dal 1989 in poi.

Un altro fatto, verificatosi contemporaneamente è stata la definizione di criteri di appropriatezza da parte dell'American College of Radiologists (ACR) (22).

Piuttosto che pronunciarsi su ciò che si ritiene possa essere un'indagine ottimale, l'ACR elenca tutte le possibili indagini e le contraddistingue con un punteggio di «appropriatezza» (scala fino a 10 punti). Questo sistema è stato messo a punto



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 33 di 524</b></p>
---	--	--

secondo il metodo di Delphi modificato, con l'accordo di esperti del settore. Il RCR ha esaminato con particolare riguardo questo programma molto interessante ed ha integrato nel fascicolo alcune delle conclusioni dell'associazione americana. In tutto questo opuscolo, il grado di evidenza (8) circa le varie affermazioni è così indicato:

**(A) studi a controllo random (RCTs), meta-analisi, rassegne sistematiche;**

**(B) studi sperimentali e osservazionali;**

**(C) altre evidenze, per le quali il parere si basa sull'opinione di esperti con l'approvazione di autorità riconosciute.**

In talune situazioni cliniche (per esempio: il ruolo degli US in una gravidanza normale) vi sono dati contrastanti, rilevabili da un ampio corpus di importanti lavori scientifici. Pertanto, in questi casi, non vengono formulate raccomandazioni ben motivate e l'evidenza è classificata «C». Si deve notare, inoltre, che vi sono solo poche ricerche a controllo random sulla comparazione tra indagini radiodiagnostiche, in quanto sono difficili da realizzare e può essere loro negata l'approvazione per ragioni etiche.

### **Quali immagini sono riprese?**

In tutti i settori della diagnostica per immagini dovrebbero esistere protocolli di indagine, dedicati alle situazioni cliniche più frequenti. Pertanto, non sono formulate raccomandazioni fisse al riguardo.

Basti dire che tutti gli esami devono essere ottimizzati in modo che si possa ottenere il massimo di informazioni con il minimo di esposizione alle radiazioni. È importante tener conto di questo fattore, dato che può accadere che il paziente non ottenga ciò che il medico richiedente si attende.

### **A chi sono rivolte le linee guida?**

Queste linee guida sono utilizzabili da tutti quegli operatori sanitari abilitati ad inviare i propri pazienti per esami diagnostici con esposizione a radiazioni ionizzanti. In ambiente ospedaliero, le linee guida saranno particolarmente utili ai giovani medici. In molti ospedali si distribuisce una copia di questo opuscolo a tutti i nuovi medici, allo scopo di stimolare una corretta prassi professionale.

La gamma delle indagini richiedibili deve essere determinata previa consultazione con gli specialisti in radiologia e in medicina nucleare operanti in loco, avendo presenti le risorse disponibili. Le raccomandazioni sono utili anche a chi svolge funzioni di audit relative al mix dei pazienti e ai carichi di lavoro nei diversi dipartimenti ospedalieri (13).

### **Impiego delle linee guida**

Lo scopo di questo opuscolo consiste anche nel chiarire aspetti difficili o controversi. La maggior parte delle pagine sono suddivise in quattro colonne: nella prima è indicata la situazione clinica per la quale si richiede un esame, nella seconda sono elencate le possibili tecniche di imaging (e la «quantità» di esposizione alle

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 34 di 524</b></p>
---	--	--

radiazioni), nella terza è riportata la raccomandazione (con il grado di evidenza) circa l'appropriatezza o meno dell'indagine, mentre nella quarta sono riportati sintetici commenti esplicativi. Le raccomandazioni utilizzate sono le seguenti:

**1. Indagini indicate.** La/le indagine/i sono opportune in quanto contribuiscono con grande probabilità alla diagnosi clinica e alla gestione del paziente. È possibile che l'esame eseguibile sia diverso dall'indagine richiesta dal medico: per esempio impiego di US sostitutivi della flebografia in caso di trombosi venosa profonda.

**2. Indagini specialistiche.** Si tratta di indagini complesse o costose che vengono eseguite, di norma, unicamente su richiesta da parte di medici che dispongono dell'esperienza clinica atta a valutare i risultati dell'indagine e ad agire di conseguenza. Di solito, in questi casi, si giustifica un colloquio con uno specialista in radiologia o in medicina nucleare.

**3. Indagini inizialmente non indicate.** Questa situazione riguarda i casi nei quali l'esperienza dimostra che il problema clinico, di solito, si risolve con il tempo. Si consiglia, pertanto, di rinviare lo studio di tre-sei settimane e di eseguirlo unicamente qualora permangano i sintomi. I dolori alla spalla sono un tipico esempio di questa situazione.

**4. Indagini non indicate di routine.** Ciò significa che, poiché nessuna raccomandazione ha carattere assoluto, la richiesta sarà soddisfatta unicamente qualora il medico la motivi in modo incontrovertibile. Un esempio è quello di un esame radiografico in un paziente con dolori di schiena per il quale i dati clinici lasciano pensare che vi possa essere una patologia diversa da quella degenerativa (per esempio: frattura vertebrale su base osteoporotica).

**5. Indagini non indicate.** Gli esami di questo gruppo sono quelli nei quali manca la base logica all'esecuzione dell'indagine (per esempio: urografia in caso di ipertensione arteriosa).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 35 di 524</b></p>
---	--	--

## Gravidanza e protezione del feto

- L'irradiazione del feto deve essere evitata in tutti i casi in cui ciò risulti possibile (23-25). Sono comprese, pertanto, anche le situazioni in cui la gravidanza non è sospettata dalla stessa paziente.

La responsabilità primaria dell'identificazione di tali pazienti compete al medico che richiede l'esame.

- Nelle donne in età fertile, che si presentino per un esame radiologico in cui il fascio primario irradia direttamente o indirettamente la regione pelvica (essenzialmente qualunque irradiazione di un'area compresa tra il diaframma e le ginocchia) o che vengano inviate per una procedura che comporti l'impiego d'isotopi radioattivi, è obbligatorio chiedere se siano incinte o se vi sia tale rischio. Se la paziente non può escludere la possibilità di una gravidanza, le si deve chiedere se stia avendo un ritardo del ciclo.

- Se è del tutto esclusa la possibilità di gravidanza, si può procedere all'esame. Se la paziente è invece in stato certo o probabile di gravidanza (per esempio: ritardo del ciclo), la giustificazione all'esame proposto deve essere riesaminata dal radiologo e dal medico che ha richiesto l'esame, in modo da esplorare l'opportunità di rinviarlo fino a dopo il parto o al manifestarsi del ciclo mestruale. Tuttavia, uno studio radiologico di utilità clinica per la madre può portare vantaggio indiretto anche al feto, tanto che il rinvio di un'indagine necessaria ad una fase più avanzata della gravidanza può aumentare i rischi sia per la madre che per il feto.

- Se non è possibile escludere una gravidanza, ma vi è un ritardo del ciclo e l'indagine richiesta comporta una dose di radiazioni relativamente ridotta per l'utero, è opportuno dare via libera all'esame. Nel caso contrario, cioè se si impiegano dosi relativamente elevate (nella maggior parte degli ospedali gli esami più comuni di questa categoria consisteranno probabilmente in TC addominali e/o pelviche, urografie, fluoroscopie e indagini di medicina nucleare), si dovrà riconsiderare l'opportunità dell'esame secondo le raccomandazioni localmente accettate.

- In tutti i casi, se il radiologo e il medico che ha richiesto l'esame sono d'accordo sul fatto che l'irradiazione di un utero di una donna incinta o probabilmente incinta sia clinicamente giustificato, sarà opportuno registrare per iscritto tale decisione. Il radiologo deve poi garantire che l'esposizione sia limitata al minimo richiesto per ottenere le informazioni necessarie.

- Se vi sono prove di un'esposizione involontaria del feto, malgrado i provvedimenti di cui sopra, il modesto rischio conseguente all'irradiazione del feto non giustifica, anche a dosi elevate, i rischi ben maggiori di procedure diagnostiche invasive sul feto (per esempio: amniocentesi) o quelli di una messa a termine della gravidanza.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 36 di 524</b></p>
---	--	---

Qualora vi siano prove di un'esposizione involontaria, si dovrà effettuare una valutazione del rischio individuale, a cura di un fisico esperto nel campo delle radiazioni e i risultati di tali valutazioni dovranno essere discussi con la paziente.

- Il RCR ha elaborato di recente, in collaborazione con l'NRPB e con l'associazione dei tecnici di radiologia, un opuscolo contenente linee guida sulla protezione del feto in corso di indagini diagnostiche sulla madre (25).

### **Ottimizzare la dose di radiazioni**

Il ricorso ad indagini radiologiche rappresenta un elemento consolidato della prassi medica, giustificato da sicuri vantaggi clinici per i pazienti, tali da controbilanciare di gran lunga il modesto rischio dovuto alle radiazioni. Si deve comunque ricordare che anche le più piccole dosi di radiazioni non sono interamente prive di rischio. Una piccola parte delle mutazioni genetiche e dei tumori che si riscontrano nella popolazione può essere attribuita alle radiazioni di origine naturale. Le esposizioni mediche a scopo diagnostico, che costituiscono la principale sorgente di esposizione della popolazione alle radiazioni artificiali, aggiungono una quota di circa un sesto alla dose di radiazioni naturali cui è esposta la popolazione.

La direttiva 1997 dell'UE (2) stabilisce che **tutte le figure coinvolte nell'attività radiodiagnostica debbano operare in modo da ridurre le esposizioni non necessarie ai pazienti.** Le strutture e le persone che fanno uso di radiazioni ionizzanti devono conformarsi a tali norme. Un modo importante per ridurre la dose di radiazioni consiste nell'evitare di richiedere indagini radiologiche non necessarie, in particolare nell'evitare le ripetizioni di esami.

La dose efficace di un'indagine radiologica è data dalla somma ponderata delle dosi somministrate ad un certo numero di tessuti corporei, dove il fattore di ponderazione di ciascun tessuto dipende dalla sensibilità relativa a neoplasie radioindotte o a gravi alterazioni ereditarie. In tale modo è possibile stimare una dose singola in rapporto al rischio totale dovuto alle radiazioni, indipendentemente dalla distribuzione della dose nel corpo.

Le dosi efficaci delle più comuni procedure diagnostiche variano di un fattore di circa 1 000, da una dose equivalente ad un giorno o due di esposizione alle radiazioni naturali di fondo (0,02 mSv per una radiografia del torace) ad un'esposizione di 4,5 anni (per esempio: per una tomografia computerizzata dell'addome). Vi sono comunque variazioni sostanziali nella radiazione naturale di fondo tra paese e paese e nell'ambito di regioni diverse dello stesso paese. Le dosi degli esami tradizionali con raggi X si basano su dati raccolti dall'NRPB a seguito di misurazioni effettuate su pazienti in 380 ospedali di tutto il Regno Unito dal 1990 al 1995. Le dosi sono, in linea di massima, inferiori a quelle indicate nelle precedenti edizioni di questo fascicolo, basate su dati ottenuti agli inizi degli anni 80. Si nota, in ciò, una positiva tendenza verso una migliore protezione dei pazienti.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 37 di 524</b></p>
--	--	---

Le dosi di esami TC e con radionuclidi si basano su inchieste nazionali condotte dall'NRPB e dal BNMS e i loro valori non sembrano significativamente cambiati da allora. Gli esami agli arti e al torace sono tra le indagini radiologiche più comuni, ma impiegano basse dosi di radiazioni. Al contrario, esami relativamente poco frequenti come le tomografie computerizzate total body e gli studi con bario impiegano dosi elevate e costituiscono il fattore che contribuisce maggiormente alla dose totale della popolazione. Le dosi impiegate per alcuni esami TC sono particolarmente elevate e non manifestano tendenza alla diminuzione. Al contrario, si fa sempre più ampio ricorso alla TC, tanto che forse attualmente essa contribuisce a quasi la metà della dose totalmente somministrata dagli esami con raggi X. È quindi particolarmente importante che le richieste di esami TC siano ampiamente giustificate e che si impieghino le tecniche più opportune per ridurre al minimo la dose, pur conservando il valore dell'informazione diagnostica necessaria. Alcune autorevoli fonti ritengono che il rischio di insorgenza di un tumore ad esito infausto lungo l'arco della vita, a seguito di una TC addominale in un adulto sia di circa 1 su 2 000 (a fronte del rischio di 1 su un milione, nel caso di una radiografia toracica) (26). Tuttavia, trattandosi di un leggero aumento di rischio rispetto al rischio complessivo di cancro (quasi 1 su 3), i vantaggi che derivano da un esame TC sono di gran lunga sufficienti per giustificare l'indagine. In queste linee guida le dosi sono state raggruppate in grandi categorie in modo che il medico richiedente l'esame possa valutare l'ordine di grandezza della dose radiante caratterizzante le varie indagini.

*In considerazione delle dosi potenzialmente elevate, la TC deve essere eseguita solo dopo un'adeguata giustificazione clinica da parte di un radiologo esperto. Gli esami di questo tipo sui bambini richiedono una giustificazione di carattere clinico ancor più elevata, dato che i pazienti in età pediatrica sono esposti ad un maggior rischio radiante.*

*Qualora sia consentito dal punto di vista clinico, deve essere preso in considerazione l'impiego alternativo di tecniche di indagine più sicure e non ionizzanti (US e RM) o di esami radiologici a bassa dose. La TC dell'addome o della pelvi non deve essere eseguita in pazienti gravide a meno che non vi siano forti motivazioni cliniche, avendo comunque presente il ricorso a tecniche a basso dosaggio. Si dovranno adottare sempre i provvedimenti per ridurre al minimo l'esposizione degli occhi, in particolare nel caso di pazienti che dovranno sottoporsi a ripetuti esami TC.*

Come per tutte le altre richieste di esami radiologici, ogni invio di paziente per una TC che ricada al di fuori di linee guida prestabilite deve essere discusso con un radiologo. Data l'esigenza di restringere la regione da sottoporre ad esame (di conseguenza ridurre il costo e la dose radiante) è utile che i dati clinici e le immagini



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 38 di 524</b></p>
---	--	--

delle indagini precedenti siano sempre disponibili in modo da essere presi in considerazione prima di effettuare l'esame TC.

Ulteriori aspetti da considerare:

- La TC rimane l'indagine ottimale in molte situazioni cliniche nell'ambito del torace e dell'addome, malgrado il rischio radiante.
- La TC trova ampio impiego nel caso di problemi intracranici, in particolare per lo studio di lesioni cerebrovascolari (ICV) e nei traumi.
- La TC rappresenta una tecnica semplice di indagine per la stadiazione di molte lesioni maligne (per esempio: linfoma) e per il monitoraggio della risposta alla terapia.
- La TC fornisce informazioni preoperatorie di grande importanza nello studio delle masse complesse e trova ampio impiego nel caso di complicazioni postoperatorie.
- La TC consente un'ottima guida alle manovre di drenaggio, alle biopsie e al blocco dei nervi mediante anestesia.
- La TC svolge un ruolo importante nei traumi.
- Le immagini ottenute con TC possono essere degradate dalla presenza di protesi metalliche, sistemi di fissazione ecc.
- La TC fornisce ragguagli anatomici migliori nei pazienti obesi, rispetto a quanto si possa ottenere con gli US. Nei pazienti magri e nei bambini, si dovrà far ricorso agli US in tutti i casi in cui ciò risulti possibile.
- La TC dell'addome espone ad una dose di radiazioni circa 500 volte superiore a quella impiegata per una RX del torace.

### **Ultrasuoni (US)**

A partire dall'edizione precedente di queste linee guida, la maggior parte dei servizi di radiologia clinica ha visto un forte aumento delle richieste di esami con US. In questo periodo, le apparecchiature ecografiche e l'esperienza nell'impiego degli US hanno compiuto notevoli progressi, tanto che si è ampliata la gamma dei motivi per i quali i pazienti si sottopongono a esami di questo tipo (ColorDoppler, PowerDoppler, indagini ginecologiche trans vaginali ecc.). Si tratta di una evoluzione che deve essere vista positivamente in quanto l'impiego degli US non comporta l'uso di radiazioni ionizzanti. Vi sono, tuttavia, poche prove che l'aumento nell'impiego degli US sia stato accompagnato da una proporzionale diminuzione nel numero di richieste di indagini radiologiche di altro tipo e, di conseguenza, da una riduzione della dose totale di radiazioni alla popolazione. Di fatto, l'aumento dei carichi di lavoro per indagini US è stato accompagnato da un aumento parallelo di richieste per altri tipi di indagini. L'unica eccezione degna di nota è costituita dall'urografia, che è molto meno richiesta dopo l'avvento degli US. Tuttavia, dato che la tecnica US è non invasiva, è aumentato anche il numero totale di pazienti esaminati per problematiche uroradiologiche. I servizi di radiologia

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 39 di 524</b></p>
---	--	---

clinica hanno messo a punto criteri locali diversi per far fronte all'aumento del carico di lavoro con US.

L'acquisizione di immagini ecografiche deve essere effettuata da un operatore esperto; tuttavia, anche tale operatore può non essere in grado di ottenere immagini perfette in ogni paziente. Ad esempio, la tecnica US può risultare difficile e dare immagini insoddisfacenti nel caso di pazienti obesi. Inoltre, l'eccesso di gas intestinale può mascherare determinate strutture. Nondimeno, il basso costo, la facilità di esecuzione, l'affidabilità e la natura non invasiva degli US ne fanno un ottimo mezzo di indagine di prima istanza per un'ampia gamma di quesiti clinici. Di conseguenza, gli US sono stati raccomandati come mezzo adeguato di studio in tutti i casi in cui il loro impiego sia possibile.

Dato che gli US consentono di evitare l'impiego di radiazioni ionizzanti e poiché sono relativamente poco costosi, essi sono spesso raccomandati là dove studi più costosi (per esempio: TC) non possono essere giustificati o là dove le risorse disponibili sono limitate. D'altra parte, diviene perciò difficile rifiutare una richiesta di indagine con US adducendo ragioni di invasività o di alto costo. Vi è quindi il pericolo che la sezione US sia costantemente sovraccarica di lavoro per richieste che spesso sono ai limiti della giustificazione. Di conseguenza, i medici che inviano i pazienti hanno il dovere di considerare con attenzione se ciascuna richiesta di US sia pienamente giustificata e se il risultato dell'indagine (per esempio: presenza di calcoli) sia in grado di modificare la gestione del paziente (cfr. *introduzione: a cosa servono le linee guida?*).

Omissis da A a J

## **K. Traumi**

Le comuni indicazioni per un ricovero comprendono: stato confusionale o perdita di coscienza; frattura rilevata alla RX del cranio; sintomi o segni neurologici, convulsioni; fuoriuscita di liquidi o sangue dal naso o dagli orecchi, alterazioni della coagulazione; mancanza di assistenza da parte di un adulto a casa; difficoltà di controllo del paziente (lesioni non accidentali, assunzione di droghe, di alcol ecc.). Se si decide di ricoverare il paziente in osservazione, il ricorso ad indagini di imaging diviene meno urgente e il paziente sarà esaminato con miglior risultato una volta ridivenuto sobrio e più collaborante. La TC trova crescente impiego come primo strumento di indagine nei pazienti con rischio di lesione intracranica, nel qual

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 40 di 524</b></p>
---	--	---

caso non è necessaria una RX del cranio. Le difficoltà di interpretazione di un esame o di gestione del paziente possono essere risolte con la trasmissione di immagini per via informatica ad un centro specializzato.

*Le alterazioni endocraniche che necessitano di gestione neurochirurgica urgente sono:*

- 3** lesione endocranica di densità elevata o mista,
- 4** shift delle strutture mediane (per esempio: terzo ventricolo),
- 5** mancata visibilità del terzo ventricolo,
- 6** dilatazione relativa di un ventricolo laterale,
- 7** obliterazione delle cisterne basali,
- 8** gas intracranico,
- 9** emorragia subaracnoidea o intraventricolare.

### **Bambini**

I traumi cranici sono relativamente comuni nei bambini. Nella maggior parte dei casi non vi sono lesioni gravi, per cui gli esami di imaging e il ricovero ospedaliero non sono necessari. Se vi sono in anamnesi perdite di conoscenza, segni o sintomi neurologici (ad esclusione di un singolo episodio di vomito) o se l'anamnesi è incompleta o contraddittoria, procedere ad indagini diagnostiche. La TC è l'esame più semplice per escludere significative lesioni cerebrali. Se si sospetta una lesione non accidentale è richiesta una RX del cranio come parte di un'indagine completa dello scheletro. Inoltre, la RM dell'encefalo può essere necessaria per documentare in un secondo tempo i parametri temporali della lesione.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 41 di 524</b></p>
---	--	--

Sintomi	Indagine	Raccoman- -dazione	Commento	Dose
<p><b>CRANIO: basso rischio di lesione endocranica</b></p>				
<p>Pz ben orientato nessuna amnesia nessun deficit neurologico, nessuna grave lacerazione al cuoio capelluto nessun ematoma</p>	<p>RXcranio TAC</p>	<p>non indicati B</p>	<p>i pazienti di questo tipo possono di norma tornare a casa con alcune istruzioni su come curare le lesioni craniche sotto la supervisione di un adulto. Devono essere ricoverati in ospedale se non è disponibile un adulto che si occupi di loro.</p>	<p>I II</p>
<p><b>CRANIO: moderato rischio di lesione endocranica</b></p>				
<p>Pz ben orientato o con lieve Compromissione dello stato di coscienza o amnesia. Fattori di rischio ulteriori: sintomi neurologici 'generali'-cefalea (severa) vomito &gt;1x violenza meccanica del trauma, anamnesi incompleta, uso di anticoagulanti, intossicazione, lacerazione del cuoio capelluto con tumefazione fino al piano osseo o &gt; 5 cm, pregresso idrocefalo trattato con shunt, età &gt;60 anni, bambini &lt; 5 anni: sospette lesioni non accidentali, tensione fontanellare, caduta da oltre 60 cm di altezza o contro una superficie rigida, anamnesi o esame obiettivo inadeguati</p>	<p>TAC</p>	<p>non indicata di routine B</p>	<p>c'è ancora controversia a proposito dell'indicazione alla TAC. Per alcuni andrebbe sempre eseguita anche se esistono problemi dosimetrici ed economici. Se la TAC non è disponibile si esegue un esame RX del cranio. Le linee guida locali devono dipendere dalle risorse locali e dall'esperienza nell'imaging e nella sua interpretazione e sulla gestione e osservazione dei pazienti. È necessaria la disponibilità nelle 24 ore di apparecchi TAC per le strutture che ricevono pazienti con trauma cranico.</p>	<p>II</p>
	<p>Rx cranio Non indicata</p>	<p>Non indicata B</p>	<p>ancora controverso è il ricorso all'RX cranio nel trauma cranico con</p>	<p>I</p>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 42 di 524**

(alcool, epilessia, bambino)			moderato rischio di lesione endocranica. Una recente meta analisi (Hofmann et al.) ha chiaramente dimostrato la bassa sensibilità dell'RX cranio che puo' essere giustificato solo se la TAC non è disponibile. Nei bambini l'RX cranio puo' essere giustificato se si sospetta un trauma non accidentale (vedi sezione	

**CRANIO:****alto o altissimo rischio di lesione endocranica**

Riduzione o deterioramento dello stato di coscienza; sintomi o segni neurologici focali (es. modificazioni pupillari) soprattutto se progressivi; confusione o coma persistenti nonostante la rianimazione; sospetta o nota frattura infossata o composta; ferita aperta o penetrante e/o corpo estraneo; evidente frattura della base cranica; fuoriuscita dal naso o dall'orecchio di sangue e/o liquido cefalo rachidiano; fontanella in tensione o diastasi suturale; diagnosi incerta	TAC	indicata B	si deve eseguire un esame TAC subito dopo aver rianimato un paziente con GCS < 13 o che peggiora dal punto di vista neurologico. Nei casi gravi prima della TAC è necessaria una consulenza neuro-chirurgica o anestesiológica. In tutti gli altri casi la TAC deve essere eseguita d'urgenza. RX del cranio non indicata. RX del rachide cervicale e/o TAC nei pazienti con perdita di coscienza per visualizzare il rachide cervicale sino a D1 in proiezione laterale. Considerare la TAC per valutare i metameri da C3 a C1. La RM, SPECT e Doppler Transcranico sono indagini specialistiche in caso di trauma cranico ma il	II
--	-----	------------	---	----

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 43 di 524</b></p>
---	--	---

			loro ruolo è ancora in fase di valutazione.	
<b>MASSICCIO FACCIALE</b>				
Trauma nasale	RX cranio, ossa nasali e massiccio facciale	Non indicati B	RX poco sensibile nella diagnosi di fratture nasali. Anche se RX positivo non influenza di solito la gestione del paziente. Possono essere richiesti da uno specialista ORL o da un chirurgo maxillo-facciale a seconda delle modalità locali di gestione di questi pazienti.	I
Trauma orbitario: lesione chiusa	RX	indicata B	specialmente nei casi in cui si sospetta una lesione "blow-out". RM o TAC con acquisizione coronale diretta, possibilmente a bassa dose possono essere richieste da uno specialista, in presenza di una persistente diplopia o di segni clinici dubbi e reperti radiografici indeterminati.	I
Trauma orbitario: lesione penetrante	RX	indicata B	nel sospetto di corpi estranei debolmente radio opachi intraorbitari.	I
	TAC	indagine specialistica B	indicata in caso di corpi estranei debolmente radio opachi (piccoli o non metallici) intraorbitari.	II
	US	indagine specialistica B	indicata in caso di corpi estranei intraoculari anteriori	0
	RM	indagine specialistica B	rischiosa in caso di corpi estranei metallici. In casi di forte sospetto clinico, ma di difficile localizzazione o identificazione del corpo estraneo con le altre metodiche di imaging.	0

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	 <b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 44 di 524</b>
<b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>		

Trauma al terzo medio della faccia	RX	indicata B	necessaria la collaborazione del paziente. Consigliabile rinviare l'indagine in caso di pz non cooperanti.	I
	TAC	indagine specialistica B	da valutare con il chirurgo maxillo-facciale per la gestione di lesioni complesse.	II
Trauma mandibolare	RX/OPG	indicati A	OPG non appropriata in pz non collaborante o politraumatizzato.	I

## COLONNA CERVICALE

Pz cosciente con sole lesioni al cranio e/o al volto	RX colonna cervicale	non indicata di routine A	per i pz che soddisfano tutti i seguenti criteri: 1) pienamente coscienti, 2) non intossicati, 3) privi di segni neurologici anomali, 4) nessun dolore o rigidità cervicale.	I
Pz con perdita di coscienza e con lesione cranica	TAC, RX colonna cervicale	indicate B	una radiografia di buona qualità dimostra l'intera colonna cervicale fino a D1-D2. Se non è ben visualizzata la giunzione cervicale o vi sono possibili fratture va eseguito un esame TAC. Dove disponibile una TAC spirale può essere utilizzata come alternativa ad un RX ed è indispensabile se non è ben visualizzata all'RX la giunzione cervico-toracica. Le radiografie possono essere di difficile esecuzione nei pz gravemente traumatizzati dove va evitata la mobilizzazione.	II I
Trauma cervicale con dolore	RX Colonna cervicale	indicata B		I
	TAC RM	non indicata di routine	utili in caso di lesioni dubbie o complesse identificate	II 0

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 45 di 524</b></p>
---	--	--

		B	radiograficamente	
Trauma cervicale con deficit neurologico	RX	indicata B	per valutazione ortopedica.	I
	TAC	indicata B	la mielo TC puo' essere considerata se la RM non è eseguibile.	II
	RM	indagine specialistica B	limitata dalla presenza dei supporti di rianimazione. È l'indagine migliore e più sicura per dimostrare danni intrinseci al midollo spinale, compressione dello stesso, lesioni legamentose e fratture vertebrali a diversi livelli.	0
Trauma cervicale con dolore ma RX normale. Sospette lesioni legamentose	RX	indicata B	proiezioni in flessione-estensione	I
	RM	indagine specialistica B	dimostra lesioni legamentose.	0

## COLONNA DORSALE E LOMBARE

Trauma senza dolore e alcun deficit neurologico	RX	indagine specialistica B	l'esame obiettivo è affidabile e sufficiente. Quando il pz è sveglio e asintomatico dal punto di vista neurologico bassissima è la probabilità di reperti radiografici che modifichino la gestione del paziente.	II
Trauma con dolore senza deficit neurologici oppure in pazienti non valutabili clinicamente	RX	indicata B	scarso valore della RX quando vi sono dolori, rigidità, quando vi è stata caduta importante o un incidente stradale ad impatto elevato, quando vi è presenza di altre fratture vertebrali o non è possibile valutare clinicamente i pz. Se la radiografia dimostra frattura di elementi posteriori o instabilità degli	II

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 46 di 524</b></p>
---	--	---

			stessi essenziale TAC o RM.	
Trauma con deficit neurologici e/o dolore	RX	indicata B	indagine iniziale	II
	TAC	indicata B	analisi dettagliata della struttura ossea con eventuali ricostruzioni.	III
	RM	indicata B	indicata per lesioni a più livelli o per alterazioni ligamentose e della cauda.	0

## BACINO E SACRO

Caduta con impossibilità di mantenersi in piedi	RX	indicata C	ricerca di frattura del collo femorale all'esame radiografico iniziale. In casi selezionati in presenza di RX normale o dubbio utile TAC o RM o MN.	I
Trauma del bacino con emorragia uretrale	Uretrografia retrograda	indicata C	per evidenziare integrità, stravasamento o rotture dell'uretra. Cistografia o TAC con mdc (acquisizioni tardive) se l'uretra è normale e persiste ematuria alla ricerca di altre lesioni delle vie urinarie. Sempre più utilizzata la RM come prima indagine nelle situazioni non acute.	II
Trauma al coccige o coccigodinia	RX	Non indicata di routine C	il quadro normale spesso è fuorviante e comunque i reperti radiografici non modificano la gestione del pz.	I

## ARTO SUPERIORE

Trauma della spalla	RX	Indicata B	alcune lussazioni sono difficilmente diagnosticabili. US, RM e TAC sono utili in caso di lesioni complesse o di lesioni non ossee. Valutare la cuffia dei rotatori nei soggetti > 50 anni che presentano ridotta motilità dopo una prima dislocazione.	I
Trauma del gomito	RX	Indicata	dimostra versamento.	I

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 47 di 524</b></p>
---	--	---

		B	Radiografie di controllo non sono indicate in caso di versamento senza evidenti fratture. La RM è un'indagine specialistica.	
Trauma del polso: sospetta frattura dello scafoide	RX	Indicata B	RM e MN utili qualora RX negativa e forte sospetto clinico. RM preferibile perchè più specifica.	I
	RM	Indicata B	“	0
	MN (scintigrafia ossea)	Indicata B	“	II
<b>ARTO INFERIORE</b>				
Trauma del ginocchio	RX	Non indicata di routine B	quando il meccanismo di danno è un trauma chiuso o una caduta si esegue una radiografia in soggetti <12 anni e > 50 anni o in soggetti che non riescono a deambulare. TAC / RM se necessarie ulteriori informazioni.	I
Trauma della caviglia	RX	Non indicata di routine B	gli elementi che giustificano una RX sono: incapacità di mantenere la stazione eretta, dolore malleolare, tumefazione marcata dei tessuti molli.	I
Traumi del piede	RX	Non indicata di routine A (meso piede) B (piede distale)	a meno che non vi sia una forte dolenzia ossea o un' incapacità a mantenere la stazione eretta. La dimostrazione di una lesione dell'avampiede raramente modifica la gestione del paziente. Se RX non eseguita consigliare un controllo dopo 1 settimana nel persistere della sintomatologia. La TAC si esegue per le lesioni complesse del mesopiede.	I
Fratture da stress	RX	Indicata	anche se spesso i risultati	I



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 48 di 524</b></p>
---	--	--

		B	sono poco convincenti.	
	MN (scintigrafia ossea)	Indicata B	in grado di identificare precocemente, utili per una valutazione visiva delle proprietà biomeccaniche dell'osso. In alcuni centri si impiegano gli US.	II
	RM	Indicata B		0
<b>CORPI ESTRANEI</b>				
Lesioni dei tessuti molli: corpi estranei (metallo, vetro, legno verniciato)	RX	Indicata B	tutti i tipi di vetro sono radioopachi. Togliere in primo luogo i vestiti macchiati di sangue. Prendere in considerazione l'opportunità di US qualora RX non dirimente.	I
Lesioni dei tessuti molli: corpi estranei (plastica, legno)	RX	Non indicata di routine B	la plastica non è radio-opaca, il legno raramente è radioopaco.	I
Sospetta ingestione di corpo estraneo nella regione faringea o nel tratto esofageo superiore	US	non indicata di routine B	US dei tessuti molli può evidenziare corpi estranei non opachi.	0
	RX	Non indicata di routine C	dopo esame clinico dell'orofaringe (dove si ferma la maggior parte dei corpi estranei) e nel caso sia probabile che si tratti di corpo estraneo radiopaco. La diagnosi differenziale con una calcificazione cartilaginea può risultare difficile. La maggior parte delle lisce di pesce sono invisibile ai RX. Valutare la possibilità di eseguire laringoscopia o endoscopia, specialmente se i dolori persistono dopo 24 ore. NB: per possibili inalazioni di corpi estranei nei bambini vedi sez. Pediatria.	I
Ingestione di corpi estranei: oggetti lisci e di piccole dimensioni (es.: monete)	RX	Indicata B	solo una minoranza di questi corpi estranei è radiopaca. Nei bambini è sufficiente	I

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 49 di 524**

			RX cervicale frontale che comprenda il collo. Negli adulti può essere necessaria RX cervicale in necessaria RX cervicale in laterale in aggiunta ad una frontale se negativa. La maggior parte dei corpi estranei si fermano a livello del muscolo crico-faringeo.	
	RXA	Non indicata di routine B	“	II
Ingestione di corpo estraneo appuntito o potenzialmente velenoso (per es.: pile)	RXA	Indicata B	la maggior parte di corpi estranei che passano oltre l'esofago riescono a superare il restante tratto gastrointestinale senza complicazioni. Tuttavia la localizzazione di pile ingerite è importante, in quanto potrebbero divenire pericolose in caso di perdite dall'involucro.	II
	RXT	Non indicata B	a meno che la diretta addome non sia negativa.	I
Ingestione di corpo estraneo di grandi dimensioni (protesi dentaria)	RXT	Indicata B	le protesi dentarie hanno una radiopacità variabile. La maggior parte delle protesi in plastica sono radiotrasparenti. RX diretta addome necessaria se RX torace è negativo, come pure utili sono esofagogramma o endoscopia. Utile RX colonna cervicale in proiezione laterale.	I
<b>TORACE</b>				
Trauma toracico minore	RXT	non indicata di routine B	l'evidenziazione di una frattura costale non modifica la gestione del pz.	I

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	 <b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 50 di 524</b>
--	--	---

**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Trauma toracico moderato	RXT	Indicata B	RX torace per verificare l'esistenza di pneumotorace, di versamento o di contusione polmonare. Un quadro RX normale del torace con paziente in stazione eretta ha un valore predittivo negativo del 98% e con paziente supino del 96%. Un quadro normale non esclude una lesione aortica, per cui, nel sospetto clinico di lesione aortica, devono essere prese in considerazione altre indagini (TAC/RM).	I
Ferita da arma da taglio	RXT	Indicata C	per evidenziare pneumotorace, versamento o alterazioni parenchimali. US eventualmente utile per versamento pericardico.	I
Frattura dello sterno	RX	Indicata C		I
<b>ADDOME</b>				
Trauma chiuso o da arma da taglio	RXA in posizione supina + RXT in posizione eretta	Indicati B		II
	US	Indicata B	per rilevare ematomi e lesioni ad organi parenchimali.	I 0
	TAC	Non indicata di routine B	eventualmente dopo US se persistono dubbi diagnostici.	III
Trauma renale	Urografia	Non indicata di routine B	adulti con trauma chiuso, ematuria microscopica e senza un quadro clinico di shock o di altre importanti lesioni addominali non necessitano di indagini di diagnostica per immagini.	II
	US	Non	utile nella valutazione	0

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 51 di 524</b></p>
---	--	---

		indicata di routine B	iniziale di pazienti con sospetta lesione renale; US negativa non esclude lesioni renali.	
	TAC	Indicata nei traumi maggiori B	utile nella valutazione iniziale di pazienti con sospetta lesione renale; US negativa non esclude lesioni renali.	III

## TRAUMA GRAVE

Valutazione di paziente privo di sensi, confuso dopo trauma grave	RX rachide e bacino RXT TAC cranio	Indicati B	metodica di scelta nei traumi maggiori, in caso di macroematuria ed ipotensione. Acquisizioni tardive (fase escretoria) consentono di valutare il sistema escretore.	I I II
Trauma grave: addome, bacino	RXT, RX bacino	Indicate B	prioritario è stabilizzare il pz dal punto di vista emodinamico. Eseguire il numero minimo indispensabile di RX per una valutazione iniziale.	I I
	TAC addome	Indicata B	Deve essere escluso uno pneumotorace. Le fratture del bacino che aumentano il volume della pelvi sono spesso associate a gravi emorragie. Sensibile e specifica; può ritardare il trasferimento del paziente in sala operatoria. La TAC deve precedere il lavaggio peritoneale. Il sempre più diffuso utilizzo di US in Pronto Soccorso consente di evidenziare eventuale liquido libero peritoneale e lesioni degli organi parenchimatosi. In caso di dubbi dopo US eseguire TAC.	III
Trauma grave: torace	RXT	Indicata B	consente una immediata gestione del paziente: (es.	I

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 52 di 524</b></p>
---	--	---

	TAC torace	Indicata B	pneumotorace). particolarmente utile per escludere emorragie mediastiniche.	III
--	------------	---------------	--	-----

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 53 di 524</b></p>
---	--	--

## PR010: Medicazione.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR010</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale infermieristico

### **Premessa**

Le Lesioni Cutanee rappresentano un problema clinico rilevante sia in ambito Ospedaliero sia in ambito Territoriale, ma vengono ancora considerate un problema secondario rispetto a molti altri settori di intervento.

La loro guarigione comporta problematiche medico legali emergenti legate alle possibili complicanze e ai danni estetici consequenziali.

Il presente protocollo vuole salvaguardare la professione infermieristica riducendo il rischio circa le problematiche di cui sopra.

### **Definizione**

Atto infermieristico, con azione sterile atta a proteggere con bende, garze e cerotti una ferita dal contatto con l'ambiente esterno potenzialmente nocivo (agenti microbici)

### **Accoglienza**

Le soluzioni di continuo della cute possono essere, per semplificazione, distinte in escoriazioni, ferite, ustioni.

Per ferita si intende una soluzione di continuo della cute superiore a 2 cm di lunghezza, e/o profonda oltre 0,5 cm, e/o con interessamento di strutture profonde (vasi, muscoli, tendini, ecc.), e/o con sanguinamento abbondante. Il codice di accoglienza, al triage, dovrebbe essere "verde"; nel caso di ferite al volto o alle mani codice "giallo"

Per le ustioni, il codice di accoglienza varierà in base alla sede ed all'estensione:

- 1) se di 1° grado, <9% e non interessa il volto, "bianco";
- 2) se di 1° grado ed esteso fino al 50% del corpo o se di 2° grado ed estese <9%, verde;
- 3) se di 1° grado >50% o di 2° grado fra 9 e 30%, o di 3° grado <9%, codice giallo
- 4) in caso di ustioni con interessamento di superficie cutanea superiore al punto precedente codice rosso.

Per le escoriazioni il codice di accesso è normalmente bianco. Fanno eccezione eventuali escoriazioni particolarmente estese, sanguinanti o con altre caratteristiche che a discrezione dell'infermiere addetto al triage ne aumentano la gravità, per cui il codice di accesso può diventare verde.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 54 di 524</b></p>
---	--	--

L'attribuzione dei codici sopra riportati è legata all'esigenza di equilibrare le necessita di evitare contaminazioni della soluzione di continuo della cute, con l'assistenza alle altre urgenze che si presentano in Pronto Soccorso.

**Piaghe:** non di pertinenza del Pronto Soccorso, poiché, trattasi di lesioni croniche o cronicizzate

### Obiettivi della medicazione

- Esecuzione indolore
- Semplicità d'uso
- Ridotta frequenza di cambio
- Sterilità, disponibilità, facile conservazione
- Assenza di tossicità locale e sistemica
- Mantenere un ambiente umido costante
- Alta capacità assorbente
- Consentire uno scambio selettivo ai gas
- Fornire un isolamento termico
- Prevenire la contaminazione
- Promuovere la guarigione
- Trasparenza, flessibilità, plasticità
- Proteggere da insulti meccanici
- Favorire l'emostasi
- Preservazione della funzionalità
- Esito estetico
- Benessere del paziente
- Assenza dal lavoro
  - Adesività selettiva
  - Buon rapporto costo-beneficio

### Tecnica

- 1) Lavaggio delle mani secondo protocolli aziendali
- 2) Garantire la procedura in asepsi.
- 3) Rispettare la privacy del paziente durante la procedura.
- 4) Eseguire le medicazioni in ambiente e /o in condizioni che garantiscano le norme di sicurezza igienica (esempio: non contemporaneamente ad altre attività).
- 5) Riportare sempre la data di apertura/preparazione sul flacone degli antisettici.
- 6) Evitare l'utilizzo contemporaneo di acqua ossigenata e PVP-Iodio in quanto incompatibili
- 7) Preparazione del materiale occorrente
- 8) Indossare i guanti
- 9) Detergere la ferita con soluzione fisiologica, se necessario ad alta pressione, secondo le metodiche illustrate nelle lezioni eseguite allo scopo e consultabili sui computer dell'U.O.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 55 di 524</b></p>
---	--	--

- 10) Disinfettare con ioduro di povidonio, diluito al 10% rispetto a quello fornito dalla farmacia (8%), se necessario con tecnica ad alta pressione
- 11) Tecnica ad alta pressione: Riempire una siringa da 20-60cc con il soluto che si vuole spruzzare ad alta pressione, inserire sul cono della siringa la parte plastica di un catetere 16-20G, esercitare la massima pressione possibile sullo stantuffo della siringa. Con questa semplice manovra si otterrà una pressione di 27-31 psi
- 12) Tamponare e rimuovere i residui del disinfettante con garze sterili
- 13) Se fuoriesce sangue tamponare con garze sterili esercitando una lieve pressione sul punto di sanguinamento
- 14) Controllare la presenza di corpi estranei ed eventualmente ripetere i punti 9-13
- 15) Medicare con garza medicata (se necessario)
- 16) Coprire la ferita con garze sterili
- 17) Bendare con cerotto o fasciare

### Criticità

- 1) Lo ioduro di povidonio, anche diluito, non può essere utilizzato per impacchi;
- 2) Evitare l'uso di bende elastiche nelle fasciature delle ferite, se possibile. Tali bende determinano una riduzione degli scambi gassosi alterando il micro-ambiente che si crea fra benda e ferita;
- 3) Evitare bendaggi costrittivi per i rischi di interruzione del circolo anche a seguito del possibile edema post traumatico;
- 4) Nel bendaggio delle dita cercare di lasciare visibile l'apice del dito per controllare il circolo, se possibile;
- 5) Non utilizzare borsa di ghiaccio su: dita (mani e piedi), padiglioni auricolari, parte cartilaginea del naso. La vascolarizzazione di tipo terminale di questi segmenti corporei può determinare la comparsa di lesioni da freddo;
- 6) Utilizzare l'acqua ossigenata solo per la rimozione di precedenti medicazioni;
- 7) L'acqua ossigenata non è più indicata nelle medicazioni per due ordini di fattori principali:
  - ✓ **L'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> viene scomposta in H<sub>2</sub>O ed O<sub>2</sub> solo in presenza di anidraasi carbonica. Tale enzima è carente nel 15% della popolazione ed in tali persone l'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> non funziona in quanto non viene prodotto l'ossigeno che è il principio attivo di tale disinfettante;**
  - ✓ **Il processo di scissione dell'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> in H<sub>2</sub>O ed O<sub>2</sub> è un processo esotermico con produzione di calore. I tessuti sottocutanei ed abrasioni sono particolarmente sensibili al calore ed i termocettori reagiscono con provocazione di sensazione di fastidio o dolore franco. (Si fa notare, a tal proposito, che l'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> non viene mai utilizzata nella medicazione delle ustioni proprio per questo motivo);**
- 8) evitare di applicare sulla cute soluzioni astringenti o a base di alcool poiché causano un'ulteriore riduzione dello strato lipidico e accentuano la disidratazione;
- 9) evitare l'utilizzo di paste perché possono aumentare il rischio di macerazione, possono occludere i follicoli dando origine alla follicolite, sono difficili da

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 56 di 524</b></p>
---	--	---

rimuovere. Se sono utilizzate rimuovere con olio detergente ed eseguire ogni tre giorni una pulizia profonda;

Consigliare, sempre una medicazione in 2-3° giornata dal curante o ambulatorio chirurgico. Il consiglio deve essere apposto nelle note alla dimissione.

**COMPLICANZE** della medicazione:

- Allergie agli antisettici e al materiale utilizzato per la medicazione
- Infezione del sito chirurgico
- Sanguinamento

### **Medicazione in caso di lesioni aperte**

Non sono di norma di pertinenza del Pronto Soccorso. Se dovessero presentarsi:

- ✓ Rimuovere la precedente medicazione sollevando con delicatezza i bordi adesivi, dopo averli bagnati con soluzione fisiologica o olio.
- ✓ Osservare attentamente la lesione, il colore, la quantità di essudato, il suo odore.
- ✓ Irrigare la lesione con soluzione fisiologica sterile, usando una siringa a pistone senza ago o per caduta.
- ✓ Asciugare delicatamente i bordi della lesione tamponando con garze sterili.
- ✓ **NON USARE** (escluso ferite suturate e ben chiuse) **PER LA DETERSIONE I DISINFETTANTI** come acqua ossigenata, iodopovidone, amuchina, perché:
  - *Sono tossici per i fibroblasti.*
  - *L'acqua ossigenata può provocare embolia gassosa.*
  - *Lo iodopovidone può creare problemi tiroidei.*

### **Complicanze a lungo termine riferite dal paziente**

In caso di complicanze, descritte dal paziente, quali quelle appresso elencate,

- Deiscenza della ferita
- Infezione
- Ematomi
- Cheloidi

eseguire la medicazione, anche, se il paziente non ha la ricetta.

Il medico deve essere chiamato, solo, se sono realmente presenti complicanze quali quelle sopra elencate.

Se le complicanze non sono presenti, compilare la scheda di triage e dimettere il paziente con ticket.

### **Note all'uso di pomate**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 57 di 524</b></p>
---	--	--

La medicazione successiva alla prima prevede innanzi tutto la rimozione della precedente medicazione, quindi, anche, delle pomate poste in loco.

### **Irujol, noruxol ecc...**

Indicazioni terapeutiche

Detersione delle piaghe di qualsiasi origine e localizzazione:

- ulcerazioni e necrosi (ulcere varicose, post-flebitiche e da decubito, gangrena delle estremità, specie gangrena diabetica e da congelamento);
- piaghe torpide (post-operatorie, da raggi X, da incidenti);
- prima dei trapianti cutanei.

N.B. tra le indicazioni non è presente l'uso sulle ferite!

L'uso di una **collagenasi** è incompatibile, concettualmente, con il processo di riparazione per 1° intenzione di una ferita. Nella riparazione per 1° intenzione, infatti, si vuole una rapida creazione di ponti di collagene atti all'immediata riparazione della ferita!

### **Fitostimolina crema / garze**

Indicazioni

Treatmento delle ulcere e delle piaghe da decubito

N.B.: quindi nessuna indicazione per le ferite

### **Gentamicina crema**

Indicazioni

Gentalyn crema e Gentalyn unguento trovano indicazione nelle forme infiammatorie cutanee primitivamente batteriche come le piodermi di varia gravità ed estensione, compreso l'ectima, le follicoliti, le sicosi, le foruncolosi, gli eczemi microbici, oltre che nelle forme secondariamente infette come le dermatiti e gli eczemi impetiginizzati, le ulcere da stasi, le lesioni traumatiche, le ustioni e le escoriazioni infette. Altre affezioni cutanee che si avvantaggiano dall'applicazione di Gentalyn sono l'acne e la psoriasi pustolosa, le forme intertriginoidi e le perionissi di origine batterica.

Efficacia particolare è stata dimostrata dal preparato nelle ustioni di vario grado ed estensione, nelle quali la "mortificazione del terreno", attuata dalla eccezionale intensità dell'insulto termico, favorisce lo sviluppo di una flora batterica particolarmente virulenta. Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

L'uso, specie se prolungato, dei prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione.

### **Crema a base di corticosteroidi**

Non indicate nel trattamento di ferite.

Provocano rammollimento dei bordi della ferita con avvallamento (nella storia futura) della ferita.

L'assorbimento, nell'uso su superfici estese e prolungato nel tempo, può determinare tutte le problematiche legate all'assunzione prolungata nel tempo di cortisonici.

La conclusione è che, di norma, sulle ferite, non devono essere apposte pomate.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 58 di 524</b></p>
---	--	---

**Indicatore**

L'applicazione del protocollo può essere controllata solo indirettamente attraverso il monitoraggio dell'uso di H2O2.

**Valore atteso**

<= anno precedente

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 59 di 524</b></p>
---	--	--

### PR011: Ausiliari.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR011</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 7/11/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale ausiliario

#### Premessa

Onde evitare spiacevoli inconvenienti, cattive interpretazioni o altri disguidi, si ricorda che il seguente protocollo è conseguente agli accordi raggiunti nella riunione di audit dell'8/10/2009 e successive.

#### Protocollo

1. **Generale:** tutte le disposizioni saranno comunicate nelle apposite riunioni e verbalizzate, ovvero, in caso di urgenza, esposte in bacheca. Le variazioni nelle disposizioni date sono comunicate a tutto il personale, medico e non, nella prima riunione utile, prima dell'emanazione degli appositi protocolli/linee guida.
2. **Compito** degli ausiliari di questa U.O. è quello di accompagnare i pazienti dal PS nelle varie UU.OO. per eseguire consulenze/esami. A tal fine ogni ausiliario accompagnerà **un paziente per volta**, è altamente sconsigliato che il paziente cammini, ma deve essere accompagnato trasportando il paziente in comoda o barella.
3. **Reparti per consulenze, esami, ricoveri, ecc.:** giunti nell'U.O. di destinazione, se il tempo necessario per le operazioni sul paziente è prevedibilmente **breve (<10 minuti)** l'ausiliario/oss attenderà che la consulenza/esame sia terminata per riportare il paziente in Pronto Soccorso o fargli proseguire l'iter diagnostico terapeutico previsto. Se i tempi fossero prevedibilmente **lunghi (>10 minuti)** o se ci fosse mancanza di collaborazione da parte del personale dell'U.O. interessata, lasciare il paziente, per riprenderlo (in caso di consulenza) o riprendere le attrezzature lasciate (barella, bombola, tavola spinale, altro) a termine della visita. In caso di dubbi o resistenze, nelle altre UU.OO., chiedere istruzioni al medico di guardia. Segnalare, su apposita modulistica, le attrezzature del Pronto Soccorso, lasciate nei vari reparti quali barelle, Bombe O2, Sedie a rotelle, Aste reggi flebo, Tavole spinali e/o cucchiari, altro. Lasciare una bombola di Ossigeno al di fuori del Pronto Soccorso deve essere atto eccezionale, infatti, si priverebbe il P.S. di un presidio indispensabile e di cui è ridotta la disponibilità.
4. **Fine consulenza:** l'ausiliario/oss comunicherà al medico che ha richiesto la consulenza/esame, l'esito della stessa o eventuali esami/consulenze richieste dal medico consulente. Il medico potrà chiedere il ritorno del paziente in PS o altre consulenze/ricovero, nel qual caso l'ausiliario porterà il pz nell'U.O. di destinazione avvertendo che il materiale cartaceo sarà inviato successivamente. Il medico



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 60 di 524</b></p>
---	--	--

compilerà la documentazione di competenza immediatamente, sul punto non sono tollerate distrazioni poiché si creerebbero problemi nel trasferimento del paziente e nella documentazione relativa.

5. **IGIENE DELLE BARELLE:** Poiché le barelle in sosta, presso la sala d'attesa, possono essere utilizzate dal personale delle ambulanze, che hanno necessità di sbarellamento immediato, è compito dell'ausiliario/OSS quello di **provvedere immediatamente**, appena rientrati dalla consulenza, **a cambiare le lenzuola monouso**, affinché la barella sia immediatamente fruibile. Poiché trovare barelle in disordine, con materiale utilizzato rappresenta una perdita di immagine e si potrebbe verificare che pazienti vengano sistemati su lenzuola usate da altri pazienti, visto il rischio di trasmissione di infezioni, sul punto si richiede la massima precisione e **il servizio trasporto infermo non è terminato finché la barella non viene risistemata. I medici o gli infermieri, per nessun motivo dovranno interrompere le operazioni di ripristino della barella.**
6. **Rientro immediato in PS dell'ausiliario:** solo in caso di urgenza/sovraccollamento o altre valide motivazioni il medico di guardia può disporre all'ausiliario di rientrare immediatamente, ma **non può interrompere** le operazioni di ripristino della barella di cui al punto precedente. Si ribadisce che, il richiamo in P.S. di un ausiliario, è una disposizione eccezionale, momentanea e legata a problemi di iper-afflusso, emergenze o urgenze in Pronto Soccorso.
7. **Variazioni del presente regolamento:** si ricorda che nessun medico, infermiere o altro personale sia dell'U.O. di MCAU che di altre UU.OO. può fornire disposizioni diverse, se non a carattere momentaneo ed inerenti il singolo paziente o la singola occasione. In caso di dubbi, si deve chiedere chiarimenti al Coordinatore Infermieristico o al Direttore dell'U.O. In ogni caso, il punto sull'igiene della barella non deve essere, mai, interrotto da nessuno.
8. **Partecipazione alle riunioni:** si ricorda che la partecipazione alle riunioni è un momento di confronto, di esposizione delle problematiche che si presentano, di analisi risk management e che è uno dei punti di valutazione di tutto il personale medico e non è che lo scrivente, riconoscendone l'importanza, al fine di armonizzare il comportamento di tutti, richiede il riconoscimento dell'impegno in tali riunioni, come orario di lavoro.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 61 di 524</b></p>
---	--	---

***Al fine di una omogenea applicazione del protocollo:***

1. Ogni mattina, alle ore 7, deve essere compilato un nuovo foglio di segnalazione di affidamento, ad altre UU.OO., di attrezzature di questa U.O.. Il foglio è stampabile andando su “corsi e linee guida”, “moduli”, aprire e stampare “modulo attrezzature”.
2. Nel foglio appena compilato, saranno ricopiate eventuali attrezzature fuori reparto, segnalate nella scheda del giorno precedente e non ancora ritirate.
3. Deve essere indicato, anche, chi ha riordinato il(i) letto(i) della stanza dei medici di guardia.
4. Ogni attrezzatura lasciata in altra U.O. dovrà contenere le indicazioni previste dalla modulistica vigente.
5. Ad ogni cambio turno dovranno essere segnalate, dal turno che sopraggiunge, le attrezzature presenti in Pronto Soccorso.
6. Le attrezzature ritirate andranno cancellate dall'elenco, al fine di tenere l'elenco sempre aggiornato.
7. La responsabilità della mancanza di attrezzature, non segnalate, sarà addebitata al turno montante, se non ha segnalato la loro assenza all'arrivo in servizio, o al turno precedente che non ha segnalato l'affidamento ad altra U.O. dell'attrezzatura.
8. nel caso di prelievo della tavola spinale/cucchiaino nella stanza del Direttore, questa(o) deve essere riposta(o) per prima(o), a prescindere da colore, qualità, ecc. dell'attrezzo.
9. Se si esaurisce il foglio segnalazione, ne verrà compilato uno nuovo, riportando la data e l'ora di compilazione, segnalando nei primi righe le attrezzature, al momento, fuori reparto, con relative indicazioni di Paziente, U.O. ove dovrebbe trovarsi l'attrezzatura e tipologia
10. Il foglio esaurito sarà spillato dietro il nuovo foglio
11. I fogli segnalazione affidamento attrezzature verranno ritirati dal Coordinatore Infermieristico, o persona da lui nominata, nel primo giorno feriale utile.
12. Nei giorni festivi, il personale ausiliario, in servizio nell'orario antimeridiano (mattina), metterà sotto la porta della Capo Sala il foglio del giorno precedente.
13. Lo smarrimento del foglio, salvo diversa segnalazione verrà imputato al personale del turno antimeridiano che non ha provveduto alla sua apposita conservazione.
14. L'ausiliario privo di incarico deve attendere nella sala ove in atto sono presenti i computer, eventuali allontanamenti da tale stanza, senza incarico, deve essere autorizzata dall'infermiere responsabile di turno che assume l'incarico di comunicare al Coordinatore Infermieristico o allo scrivente eventuali inadempienze. Il medico di guardia non deve essere coinvolto nel punto.
15. Il Medico di Guardia e gli infermieri devono segnalare allo scrivente o al Coordinatore Infermieristico o al personale incaricato del Rischio Clinico eventuali problematiche inerenti il presente protocollo o altre inadempienze del personale.
16. La mancata esecuzione di quanto sopra, come per il mancato rispetto di ogni protocollo, sarà seguita dai provvedimenti disciplinari previsti dalle norme contrattuali per il personale dipendente di questa Azienda, segnalata ai dirigenti dei servizi infermieristici ed alla Puligenica per il personale non dipendente.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 62 di 524</b></p>
---	--	---

17. Si fa divieto di commentare innanzi al paziente disposizioni date da medici o infermieri, di far notare ai pazienti eventuali dissidi interni.
18. Si fa divieto di commentare con personale non dell'U.O. MCAU di disposizioni, trattamenti e quanto venuto a conoscenza per compiti d'istituto, regolamenti compresi, se prima non sia pervenuta una risposta per via gerarchica.
19. Il personale Ausiliario deve provvedere a preparare quanto necessario, di propria competenza, nei pazienti con emergenze sanitarie, prevedendo quanto possa essere necessario al trasferimento del paziente appena possibile
- 20. Qualora l'ausiliario sia invitato ad accompagnare fuori dall'U.O. un paziente che ritiene instabile, pur non avendo le competenze tecniche per fare tale affermazione, deve invitare l'infermiere a rivalutare il paziente.**
21. Lo scrivente resta a disposizione per chiarimenti e qualsiasi problematica possa emergere

#### **Indicatori**

1. Numero di schede affidamento attrezzature ad altri reparti compilate / n. giorni dell'anno
2. Mancanza di attrezzature non segnalate sulle schede
3. segnalazioni di barelle non rifatte, in sala d'attesa

#### **Valore atteso**

1. 365 schede/anno
2. 0 attrezzature mancanti non segnalate
3. 100% barelle rifatte in sala d'attesa

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 63 di 524</b></p>
---	--	--

## PR012: Alcolemia.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR012</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

### **Premessa**

Al fine di regolamentare l'esecuzione dell'alcolmetria, garantire la correttezza medico legale dell'esame, a protezione innanzi tutto del paziente, ma anche degli operatori, è necessario eseguire i punti sottostanti nel modo più scrupoloso possibile.

Si ricorda che i campioni prelevati, sia di sangue che di urine, devono essere inviati in due provette, in modo da avere una provetta su cui si esegue il test, l'altra integra, verrà conservata, in laboratorio, per eventuali test di conferma richiesti dal Tribunale.

### **Prescrizioni**

1. Tutti i conducenti di autovetture che hanno subito incidente stradale e giungono in Pronto Soccorso con mezzo proprio o accompagnati da 118, ambulanza o altro mezzo di soccorso, cui viene eseguita incannulazione di vena, per qualsiasi motivo, devono eseguire test alcol emico. Se a tale paziente viene eseguito cateterismo vescicale, campione di urine deve essere inviato in laboratorio analisi per drug test. Se possibile deve essere acquisito il consenso informato per la sola consegna dei valori riscontrati sui campioni esaminati alle forze di Pubblica Sicurezza.
2. In caso di acquisizione del consenso informato, copia degli esami verranno consegnati alle forze dell'ordine, altrimenti gli esami verranno consegnati solo come nel punto 5.
3. Nel caso in cui il paziente fosse accompagnato al Pronto Soccorso dalle forze dell'ordine o al paziente non venga eseguito incannulamento venoso o prelievi ematochimici e l'autorità di P.S. chiedesse l'esecuzione di alcolemia e/o drug test dovrà essere acquisito preventivamente il consenso informato del paziente. Se il paziente non accetta di eseguire l'esame esso non potrà essere eseguito o consegnato.
4. La normativa di legge prevede che il pz. Non può essere accompagnato dalle forze dell'ordine in Pronto Soccorso e che l'esame alcolimetrico non può essere eseguito in modo cruento. Le forze dell'Ordine non possono costringere un paziente a recarsi in Pronto Soccorso neanche per mancanza di attrezzature.
5. Se la richiesta delle Forze dell'Ordine per eseguire drug test o alcolemia fa riferimento all'art. 348 c.4 del Codice Penale, poiché risulta impossibile disattendere, sarà richiesto il **consenso informato** al paziente, senza tale consenso non sarà possibile eseguire il prelievo. In ogni caso ricadente nel punto 4 e 5, della presente procedura, verrà stilato referto medico segnalando che *"l'esame viene eseguito con prelievo"*

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 64 di 524</b></p>
--	--	---

ematico solo a seguito della richiesta protocollo n.\_\_\_\_ del\_\_\_\_ e richiedenti (Carabinieri, P.S., VV.UU., ecc)”

### **Riferimenti normativi**

#### **1. Corte di Cassazione 4' Sezione Penale sentenza n.7639**

*L'analisi del sangue, quando viene effettuata per accertare la presenza di alcol nel sangue in un soggetto che sia rimasto coinvolto in un sinistro stradale, è da considerare legittima, anche se eseguita senza il consenso del conducente ricoverato. Non è che i medici potranno effettuare il prelievo del sangue solo per effettuare lo specifico esame contro la volontà del paziente, ma se il sangue sarà comunque prelevato per fini terapeutici, il responso potrà essere utilizzato eccome.*

#### **2. Corte di Cassazione Civile Sez. IV, 16 luglio 2004, n. 31333: “omiss...**

*Va preliminarmente rilevato che l'atto in questione è sussumibile alla previsione dell'art. 354 c.p.p., concernente l'accertamento urgente e la conservazione delle tracce del reato, e che, ai sensi dell'art. 356 c.p.p. il difensore dell'indagato "ha facoltà di assistere, senza diritto di essere preventivamente avvisato"; ai sensi, poi, dell'art. 114 disp. Att. C.p.p., la polizia giudiziaria, nel compimento degli atti di cui all'art. 356 c.p.p., "avverte la persona sottoposta alle indagini, se presente, che ha facoltà di farsi assistere dal difensore di fiducia"; in mancanza dell'esercizio di tale facoltà, non è prevista per il compimento di tali atti la nomina di un difensore di ufficio, come in altre ipotesi disposto per altri (artt. 350, 364, 365 c.p.p.). Ne consegue che si possono verificare due diverse situazioni. Omiss..."*

#### **3. Corte di Cassazione Penale, sez. quarta, sentenza n. 19711 del 8 maggio 2009**

*Ribadendo la propria consolidata giurisprudenza (penale, sentenze 20236/06 e 22274/08), ha rigettato le doglianze del ricorrente, precisando ulteriormente la fattispecie: che la guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche è desumibile con certezza anche da una serie di condotte rilevatrici compiute dal guidatore, quali l'eloquio sconnesso, l'equilibrio precario, la condotta di guida anomala (art. 379 comma 3° regolamento di esecuzione e attuazione del C.d.S.) o pericolosa, la deambulazione barcollante e l'alito fortemente vinoso. Ovviamente è necessario che la circostanza comprovante lo stato d'ebbrezza sia chiaramente specificata nel verbale di contestazione; che l'apprezzamento compiuto dai testimoni, nella specie da pubblici ufficiali, non è soggettivo e neppure costituisce una sorta di giudizio, trattandosi invece di una constatazione oggettiva derivante da percezioni sensoriali (uditiva, visiva e olfattiva).*

#### **4. art.186 codice della strada comma 3.**

*Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.*

#### **5. art.186 codice della strada comma 4.**

*Quando gli accertamenti qualitativi di cui al comma 3 hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando, hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.*

#### **6. art.186 codice della strada comma 5.**



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 65 di 524</b></p>
--	--	---

*Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcoolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. **Copia della certificazione di cui al periodo precedente deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza. I fondi necessari per l'espletamento degli accertamenti di cui al presente comma sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della legge 17 maggio 1999, n. 144. Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'articolo 187.***

**7. art.186 codice della strada comma 7.**

*Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5, il conducente è punito con le pene di cui al comma 2, lettera c). (omiss...)*

**8. Corte di Cassazione (penale) 23/12/2014**

*Ai fini della configurabilità del reato di guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, lo stato di alterazione del conducente dell'auto non può essere desunto in via esclusiva da elementi sintomatici esterni, così come avviene per l'ipotesi di guida in stato di ebbrezza alcolica, essendo necessario che detto stato di alterazione venga accertato nei modi previsti dall'art. 187 C.d.S., comma 2, attraverso un esame su campioni di liquidi biologici, trattandosi di un accertamento che richiede conoscenze tecniche specialistiche in relazione alla individuazione ed alla quantificazione delle sostanze. Si è in presenza di una fattispecie che risulta integrata dalla concorrenza di due elementi, uno obiettivamente rilevabile dagli agenti di polizia giudiziaria (lo stato di alterazione), e per il quale possono valere indici sintomatici, l'altro, consistente nell'accertamento della presenza, nei liquidi fisiologici del conducente, di tracce di sostanze stupefacenti o psico-trope, a prescindere dalla quantità delle stesse, essendo rilevante non il dato quantitativo, ma gli effetti che l'assunzione di quelle sostanze può provocare in concreto nei singoli soggetti.*

*9) D.D.G.1743 Regione Sicilia del 14/10/2015: obbligo di eseguire alcolemia a pazienti portati dalle forze dell'ordine.*

**Indicatori.**

1. n. alcolemie eseguite / n. accessi venosi eseguiti su guidatori che hanno subito incidente stradale
2. n. drugs test eseguiti / n. cateterismi vescicali eseguiti
3. numero di referti medici correttamente eseguiti / numero di prelievi indotti dalle FF.O. in pz. accompagnati dalle FF.O.

**Valori attesi**

1. > 90%
2. >90%
- 3' =100%

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 66 di 524**



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016**Pagina **67** di **524**

## Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

### Distretto Ospedaliero TP1

### Presidio Ospedaliero "S. Antonio Abate"

### Consenso all'esame per alcolemia e drugs test

Paziente \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**A. Determinazione della presenza di sostanze stupefacenti** La dobbiamo sottoporre ad alcuni accertamenti circa l'uso di alcolici e droghe mediante test sulle urine e/o sul sangue.

**B. Oltre a questi accertamenti** (in caso di positività e se il medico lo riterrà necessario) verranno eseguiti una valutazione dello stato psicomotorio attraverso opportuna visita psichiatrica.

**2. Nel caso di test richiesto per problematiche cliniche** il paziente dovrà, anticipatamente concedere o negare l'autorizzazione alla trasmissione dei test alle autorità.

**3. L'esecuzione di un prelievo ematico** comporta l'incannulazione di vena con ago, quindi una manovra invasiva che può provocare: dolore, infezione (dal semplice arrossamento all'edema, alla setticemia, alla trombosi venosa fino all'embolia polmonare), altro.

**4. Nel caso di richiesta dell'Autorità Giudiziaria** ai sensi del codice della strada (D.lgs n°285), art.187 c.3 (Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) e art.186 c.3 (Guida sotto l'influenza dell'alcol)

**5. In caso di rifiuto** dell'accertamento di cui ai commi 2, 3 o 4 dell'articolo 187 del C.d.S., il conducente è soggetto, salvo che il fatto costituisca più grave reato, alle sanzioni di cui all'articolo 186, comma 2 (guida in stato di ebbrezza) e successive modifiche (sanzione/multa da un minimo di € 2.500 euro ad un massimo di circa € 10.000).

**6. Si informa** altresì che i rilevamenti diretti che la Polizia Giudiziaria effettua sul conducente (dati clinico-documentali), possono essere assunti dal giudice quale prova (Promemoria per l'operatore: Corte di Cassazione, Sez. IV, n. 5520 del 12/05/94, n. 8640 del 29/07/94; n. 3829 del 18/04/1995; Sez. V, n. 1299 del 05/02/1996 e n. 36922 del 13/07/2005/)

**3. Il sottoscritto, debitamente informato su quanto sopra riportato e dopo aver letto le specificazioni di cui sopra (barrare le caselle):**

Autorizza la trasmissione dei dati alle autorità di p.s. secondo quanto previsto dal punto 2 sopra stante

Rifiuta la trasmissione dei dati

pz. non in grado di intendere e volere Firma medico \_\_\_\_\_

**Accetta**     **Rifiuta**     **Non Richiesto**    Drug test sulle urine

**Accetta**     **Rifiuta**     **Non Richiesto**    Drug test sul sangue

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Consenso testimoniato da:

Firma Medico \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 68 di 524</b></p>
---	--	--

### PR013: Scheda Infermieristica.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR013</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

#### **Premessa**

Da un punto medico legale, è ormai orientamento della magistratura il principio che è compito del sanitario l'onere di dimostrare la propria diligenza (sentenza cassazione 20101 del 18/9/2009).

Ne deriva che è doveroso descrivere le procedure, le manovre e le terapie eseguite sul paziente, anche da parte dell'infermiere.

Dall'analisi dei farmaci consumati/prescritti, deriva una discrepanza notevole di valori, fra il consumato ed il registrato, superiore al 10%, anche per farmaci utilizzabili solo in ospedale.

Questa discrepanza è legata ai diversi momenti/figure professionali che prescrivono, eseguono la prescrizione e la trascrivono sul foglio di dimissione/ricovero del P.S.

Florence Nightingale, circa un secolo fa, manifestava la consapevolezza di dover garantire ai pazienti non solo la cura della malattia, ma anche un'adeguata protezione per le eventuali «indesiderate conseguenze dell'assistenza loro prestata, in aggiunta a quelle dovute alla loro malattia».

Nelle procedure di Pronto Soccorso, in atto, esiste un momento prescrittivo, eseguito dal medico, nella sala visita, al capezzale del paziente, ed un momento di registrazione che avviene in un momento ed in un luogo diverso da quello di registrazione, sale computer.

Questa discrepanza sembra essere la causa della mancata registrazione di farmaci somministrati al paziente.

Questo evento si traduce in perdita di immagine, soprattutto quando il paziente viene rivisto, dopo consulenze o esami, da altro sanitario con scoperta, talora, della mancata registrazione di quanto eseguito.

Circa le richieste di esami e consulenze, il tutto è risolto poiché quanto richiesto attraverso programma informatico, viene automaticamente registrato sul foglio di dimissione/ricovero.

#### **SCOPO**

Volendo applicare i principi della clinical governance, definito come «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 69 di 524</b></p>
---	--	--

favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica» (da *A First Class Service*, Department of Health, 1998), è stata preparata una scheda infermieristica, in cui, in automatico, vengono scritti i dati anagrafici del paziente ed in cui vengono registrati, non solo gli atti esecutivi dopo prescrizione del medico, ma anche i parametri vitali registrati dall'infermiere e le manovre messe in atto dallo stesso in regime di autonomia infermieristica.

Questo processo, in un primo momento sperimentale, successivamente comporterà l'implementazione della scheda fra la documentazione presente nel fascicolo di ogni accesso.

Il processo comporta che, per ogni accesso, verrà stampata una scheda infermieristica (il modello individuato in atto è allegato alla presente).

Nel futuro, in base alle esigenze segnalate dagli infermieri, seguendo il percorso dei Protocolli, già a voi inviato, la presente scheda verrà modificata, e appena possibile, implementata nell'archivio elettronico.

Tra la fase sperimentale e la fase a regime cambierà esclusivamente la segnalazione sul verbale di dimissione di chi ha fatto cosa essendo, da subito, descritte le terapie praticate e le valutazioni dei parametri vitali.

L'area dell'emergenza e la somministrazione di farmaci rappresentano una delle fasi più critiche del processo assistenziale in ambito ospedaliero.

L'implementazione del percorso sopra individuato dovrebbe permettere la riduzione dei rischi di somministrazione, in vero molto eccezionalmente, fino ad oggi, verificatisi presso la nostra U.O. e soprattutto la registrazione dei parametri vitali, spesso non descritta nei fogli di ricovero/dimissione.

## **Metodo**

Al fine di condividere il percorso, è già stata eseguita una riunione preliminare con gli Infermieri Professionali, con cui è stata concordata la scheda infermieristica e discusse le problematiche teoriche possibili.

Si eseguirà, nel breve futuro, un'altra riunione, con i medici dell'U.O., prima di mettere a regime il percorso.

Un ulteriore passaggio, prima di rendere ufficiale e quindi implementare il percorso, sarà quello dell'analisi dei dati, da cui dovranno emergere eventuali criticità che devono essere risolte prima dell'ufficializzazione del percorso, e per cui saranno necessari non meno di 6 mesi.

Il sistema è stato semplificato dalla collocazione di computer in sala visita, in cui, praticamente in tempo reale, si possono registrare gli atti infermieristici eseguiti.

Un'analisi importante deriverà dall'esame dei tempi di registrazione dei parametri vitali e delle terapie somministrate e registrate.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 70 di 524</b></p>
---	--	---

La registrazione di una procedura eseguita, infatti, non deve comportare ritardi assistenziali sia nello studio sia nella somministrazione di farmaci. Questo punto è tanto più critico quanto più grave è il paziente.

## SCOPO

Da questo processo ci si attende una maggiore sicurezza per il paziente, un miglioramento dei rapporti con l'utenza, infatti quanto eseguito dall'infermiere verrà registrato nel fascicolo accesso, una maggiore responsabilizzazione dell'infermiere professionale che diventando parte attiva nel processo di descrizione delle manovre eseguite vedrà crescere il proprio ruolo, implementando così, con un altro passo, la crescita dell'infermiere professionale, già responsabilizzato circa le cure sul paziente, dal processo di triage.

## Indicatori

1. (n. di parametri inseriti/totale accessi) x 100

Per **parametro** si intende ciascuna registrazione (es.: farmaco praticato, procedura o valore misurato)

2. (n. di paz. su cui è stata utilizzata almeno una volta la scheda/totale accessi) x 100

**Nota:** Tale valore sarà calcolato globalmente e per singolo operatore e la valutazione dei risultati ottenuti sarà oggetto di discussione, annualmente, in apposita riunione di audit

## Valori attesi

- 1) >anno precedente
- 2) >70%

## Bibliografia

Gestire il rischio del farmaco attraverso il cambiamento: esperienza in un presidio ospedaliero – Erminia Ferrante, Daniela Corsi - Clinical Governance 2009  
Sentenza Corte Cassazione 3° sezione n.20101 del 18/9/2009

Censis. Rischi ed errori nella sanità italiana, la gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute, realizzata con la collaborazione Assomedico. Roma, Censis, 2001; 1- 54

Sanz C. Disegno di un programma di Risk Management. CQI 1998; 3  
*A First Class Service*, Department of Health, 1998.



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 71 di 524</b>
---	--	---

### [PR014: Protocollo traferimento.](#)

<i>PREPARATO</i> <i>Direttore Sanitario P.O.</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR015</i>
Dott. Giurlanda Francesco	Dott.M.G. Di Martino	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione</b> 1/03/2012 <b>Data revisione</b> 23/05/2016 <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale Medico ed infermieristico

Regione Sicilia  
 A.S.P. Trapani  
 Presidio Ospedaliero "S. Antonio Abate" - Trapani  
 Procedure per il Trasferimento dei pazienti  
 Autore: Dott. Francesco Giurlanda ( Direttore Medico di Presidio)

#### Fonti Normative:

- Linee guida per il sistema di emergenza-atto d'intesa stato-regioni, in applicazione del DPR 27.3.1992
- Circolare n.669 del 12.12.1992 dell'Assessorato Regionale alla Sanità
- Circolare n.696 del 12.5.1993 dell'Assessorato Regionale alla Sanità
- Circolare n.911 del 27.1.1997 dell'assessorato Regionale alla Sanità

### **TRASFERIMENTO VERSO ALTRI OSEPDALI**

**I motivi di un trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro possono essere:**

- **Mancanza di posti letto:** l'ospedale accettante non è in grado di ricoverare il paziente poiché, pur disponendo delle idonee tecnologie, non ha disponibilità di posti letto.
- **Competenza specialistica:** quando il paziente deve essere trasferito in un altro ospedale perché necessita di trattamento specialistico non disponibile nell'ospedale dove è degente
- **Accertamenti diagnostici, consulenze, terapie:** il paziente viene trasportato ad un altro ospedale e quindi rientra all'ospedale dove è degente, senza che vi sia un trasferimento.
- **Prosecuzione cure:** quando il paziente, terminate le esigenze di cure specialistiche, viene trasferito in un altro ospedale per continuare le cure non specialistiche.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 72 di 524</b></p>
---	--	---

Nei primi tre casi, qualora le condizioni cliniche del paziente fossero instabili, si può configurare il cosiddetto “trasferimento secondario d'emergenza” (o protetto) e richiedere il mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione. Fondamentale importanza riveste la prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

Nella letteratura internazionale ci si può riferire alle classi di rischio rispetto al trasporto dei pazienti critici (classificazione di Eherenwerth):

### **CLASSE I e II:**

- a. Il paziente richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali,
- b. non ha bisogno di una linea venosa,
- c. non richiede somministrazione di ossigeno,
- d. non viene trasferito in terapia intensiva,
- e. non è richiesta la presenza del medico durante il trasporto.

### **CLASSE III**

- a. Il paziente richiede il frequente monitoraggio dei segni vitali,
- b. ha bisogno di una linea venosa,
- c. non è necessario un monitoraggio invasivo,
- d. può essere presente compromissione dello stato di coscienza,
- e. può essere presente lieve o modesto distress respiratorio,
- f. richiede la somministrazione di ossigeno,
- g. è ammesso in terapia intensiva,
- h. ha un punteggio nella scala di Glasgow maggiore di 9,
- i. è richiesta la presenza del medico durante il trasporto.

### **CLASSE IV:**

- a. Il paziente richiede intubazione tracheale,
- b. richiede supporto ventilatorio,
- c. ha bisogno di una o due linee venose o di catetere venoso centrale,
- d. può essere presente compromissione dello stato di coscienza,
- e. può essere presente distress respiratorio,
- f. richiede la somministrazione di ossigeno,
- g. richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto,
- h. è ammesso in terapia intensiva,

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 73 di 524</b></p>
---	--	---

- i. ha un punteggio della scala di Glasgow inferiore a 9,
- j. è richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore durante il trasporto.

### **CLASSE V:**

- a. Il paziente non può essere stabilizzato,
- b. richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi,
- c. richiede terapia durante il trasporto,
- d. trasporto a carico del rianimatore.

I pazienti di **CLASSE I e II** saranno accompagnati dall'infermiere reperibile dell'U.O. del paziente ricoverato, ove previsto, o dall'infermiere reperibile del MCAU.

**I pazienti della CLASSE III richiedono la presenza di un medico , che sarà il medico curante del reparto di appartenenza qualora il paziente sia ricoverato , oppure un medico del MCAU qualora si tratti di paziente appena giunto dall'esterno .**

In ambedue i casi sarà necessaria la presenza di un infermiere reperibile dell'U.O. del paziente ricoverato, ove previsto, o dell'infermiere reperibile del MCAU.

I pazienti della **CLASSE IV e V** saranno accompagnati dal medico rianimatore e da un infermiere della U.O. di Anestesia e Rianimazione .

- I. Prima del trasferimento occorre avere la disponibilità del posto letto dell'U.O. accettante
- II. Il paziente deve essere accompagnato da una relazione del medico che né ha disposto il trasferimento dalla quale risultino i seguenti dati essenziali:
  - a) Condizioni generali del paziente
  - b) Esito e, ove possibile, copia degli accertamenti eseguiti
  - c) Eventuale terapia praticata
  - d) Il nominativo del medico che ha dato la disponibilità del posto letto.

## **TRASFERIMENTO DI PAZIENTI RICOVERATI IN ALTRI OSPEDALI VERSO IL NOSTRO OSPEDALE**

La responsabilità del trasferimento, della procedura e dei mezzi utilizzati è del presidio ospedaliero che trasferisce il paziente.

- I. Prima di trasferire un paziente nel nostro ospedale è indispensabile contattare, direttamente, l'Unità Operativa che dovrà accettare il paziente nelle UU.OO. con guardia attiva, negli altri casi il medico



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 74 di 524</b></p>
---	---	---

del pronto soccorso, la quale dovrà darà la disponibilità, sia in termini di posto letto, che di competenze specialistiche. Senza questa disponibilità non si potrà procedere al trasferimento del paziente; le eventuali responsabilità medico legali per un trasferimento non concordato sono a carico della struttura e dei sanitari che l'hanno disposto.

- II. Il paziente deve essere accompagnato da una relazione del medico che né ha disposto il trasferimento dalla quale risultino i seguenti dati essenziali:
  - a) Condizioni generali del paziente
  - b) Esito e, ove possibile, copia degli accertamenti eseguiti
  - c) Eventuale terapia praticata
  - d) Il nominativo del medico che ha dato la disponibilità al trasferimento
- III. Il paziente deve essere accompagnato direttamente, dal personale dell'ospedale che trasferisce, presso l'U.O. con cui è stato concordato il trasferimento nel caso della guardia attiva, in caso contrario al pronto soccorso; il personale dell'ospedale che trasferisce assisterà il paziente fino alla presa in carico da parte dell'U.O. accettante.
- IV. Il medico dell'U.O. accettante valuterà le condizioni cliniche del paziente e comunicherà l'avvenuto ricovero al pronto soccorso.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**  
**Pagina 75 di 524**



**Azienda Sanitaria Provinciale  
Trapani**  
Distretto Ospedaliero TP1  
Presidio Ospedaliero "S. Antonio Abate"  
U.O.: Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
Direttore: Dott. M. G. Di Martino

Direttore:

Dr. Di Martino Massimo

Trapani, 20/10/2010

**Equipe medica:**

Dr. Angileri Isabella  
Dr. Bartolotta Tommaso  
Dr. Braj Rosa Maria  
Dr. Coppola Salvatore  
Dr. Cucchiara Maria Rita  
Dr. Gianni Leonardo  
Dr. Incammissa Rosario  
Dr. Pollina Rosa  
Dr. Sammartano Francesco  
Dr. Salamone Salvatore  
Dr. Scuderi Giovanni

Capo Sala  
Orlando Mirella

**Equipe Infermeristica:**

R.S.

Amico MariaPia  
Barbara Francesco  
Barbata Gaspare  
Bruno Giuseppe  
Cacioppo Giovanna  
Castelli Paola  
Fazio Giuseppe  
Fria Giovanna  
Incarviglia Matteo  
Mannina Laura  
Marino Maurizio  
Mazzara Nicola  
Oddo Vincenzo  
Regina Caterina  
Restuccia Salvatore  
Salome MariaGrazia  
Simonte Mariano  
Tumminia Roberto  
Via Rosaria

**Accettazione**

Augugliaro Ignazio  
Grammatico Sebastiana  
Gigante Rosa

Prot.n. 277

Oggetto: protocollo trasferimento

Al Direttore Sanitario  
P.O. "S. Antonio Abate"  
Trapani

Viste le indicazioni della Joint Commission che prevedono l'individuazione di un medico responsabile del trasferimento;

Poiché la classificazione dei pazienti da trasferire è fatta su diversi livelli, due dei quali prevedono l'accompagnamento con il solo infermiere professionale;

Poiché non sempre il paziente è accompagnato da un medico;

Al fine di rendere trasparente e sicuro il trasferimento del paziente in altri nosocomi si chiede l'autorizzazione del seguente protocollo:

1. In caso di trasferimento di paziente in altro nosocomio, a mezzo ambulanza dell'ASP, deve essere compilata e sottoscritta la scheda allegata ad opera del medico che dispone il trasferimento;
2. Nel caso sia presente un medico accompagnatore, sull'ambulanza, questo medico sarà il responsabile del viaggio;

Nel caso di trasferimento senza necessità di medico a bordo:

1. Se si tratta di trasferimento programmato ed in assenza di medico nell'U.O. che trasferisce, sarà il medico di guardia interdimensionale a sottoscrivere la parte della scheda inerente le condizioni del paziente all'atto del trasferimento; il medico che ha programmato il trasferimento compilerà la prima parte della scheda inerente i dati del paziente, la sua destinazione, accordi telefonici e disposizioni inerenti il trasferimento;

Via Cavallotti, 82 - 91016 - Via Santa Lucia - TP - Tel. 0923/309111  
Fax: 0923/309112

Centralino: 0923/309113 - 0923/309114

Medicine: 0923/309115

Capo Sala: 0923/309117

[www.ospedaleditrapani.it](http://www.ospedaleditrapani.it)

Centralino: 0923/309113

Fax: 0923/309112

Image: 0923/309117

[prontosoccorso@ospedaleditrapani.it](mailto:prontosoccorso@ospedaleditrapani.it)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 76 di 524**

2. In caso di presenza del medico che programma il trasferimento sarà lo stesso a completare tutta la scheda.
3. La scheda per il trasferimento verrà consegnata all'infermiere del Pronto Soccorso che accompagna il paziente o, in sua assenza, all'autista dell'ambulanza e conservata acclusa al foglio di viaggio.
4. Vanno esclusi dal presente protocollo le U.O. di Rianimazione, Uti-  
Cardiologia, Utin che provvedono direttamente ai trasferimenti

Il Direttore

U.C.M.C.A.U.  
(dott. M. G. Di Martino)

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 77 di 524</b></p>
---	--	---

Segnalazioni e Terapia Praticata sul paziente \_\_\_\_\_

Data-ora                                      sintomo                                      terapia praticata

---



---



---



---



---



---

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

Da compilare in tutti i trasferimenti, nel caso di assenza di terapia praticata o anomalie scrivere: "tutto regolare, nessuna terapia praticata"

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 78 di 524**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 79 di 524**

REPUBBLICA ITALIANA  
**Regione Siciliana**



Assessorato alla Sanità



**SCHEDA PER TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118**

Data ..... Ora ..... N° Scheda .....

Ospedale di partenza **S. Antonio Abate** Reparto .....

Medico richiedente ..... Telefono e Fax .....

Ospedale di arrivo ..... Reparto .....

Medico accettante ..... Telefono e Fax .....

**PAZIENTE**

Cognome ..... Nome ..... Nato a ..... il ..... Sesso M/F

Cittadinanza ..... Residenza .....

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnosi .....

Motivazioni per il trasporto in Ambulanza 118 .....

Documentazione diagnostica e clinica allegata: .....

**Sintesi delle condizioni cliniche:**

A	Pervie	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	I.N.T.	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	I.O.T.	Tracheo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Altro				
B	SpO2		ETCO2		pH	Spont.		I.P.P.V.	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
C	Press.Art.		P.V.C.		Acc. Ven.C.	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Acc. Ven.P.	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	N° Accessi			
D	C.G.S.	E-		V-		M-	Tot.		Isocoria	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Anisocoria	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
SNG	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				T.C.				Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Presidi di immobilizzazione .....

Sedazione NO  
SI .....

Terapia .....

Necessita di assistenza rianimatoria  Sì  No

Necessita di assistenza medica  Sì  No

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 80 di 524</b>
---	--	---

### **PR015: Protocollo trauma cranico minore.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR015</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione</b> 1/05/2010 <b>Data revisione</b> 23/05/2016 <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale Medico

#### **INTRODUZIONE**

Il trauma cranico è un problema clinico con significative implicazioni in termini di salute pubblica. Il trauma cranico è un evento frequente nella popolazione adulta. In Italia vengono ricoverati, ogni anno, per trauma cranico circa 300-400 persone ogni 100.000 abitanti

Tra il 2006 ed oggi la diagnosi di trauma cranico è stata posta a 3289 pazienti di cui 1209 sono stati ricoverati o trasferiti in altri nosocomi.

Una piccola percentuale di questi casi presenta, a sua volta, gravi complicazioni di tipo emorragico, con necessità, in alcuni casi, di intervento neurochirurgico in urgenza.

Nella grande maggioranza dei casi si tratta di traumi cranici minori e la gestione di questo tipo di trauma è volta essenzialmente a riconoscere quei pochi casi (1-3%) che a seguito di sviluppo di ematomi possono evolvere rapidamente e portare a morte il paziente (morti evitabili).

Il riconoscimento di questi casi passa attraverso un'attenta anamnesi, l'esame obiettivo neurologico e l'utilizzo della diagnostica per immagini.

#### **DEFINIZIONE DI TRAUMA CRANICO MINORE**

Si definisce un trauma del capo, con un punteggio GCS 15-14, con evidenza all'esame fisico e clinico di segni esterni come ecchimosi, ematomi del cuoio capelluto, lacerazioni o segni più eclatanti. Esso si differenzia dalle ferite superficiali del volto. Tutte le definizioni del passato: minore, lieve, minimo, grado I, Classe I, basso rischio, sono comprese nel termine lieve.

Ne sono esclusi i pazienti che presentano deficit neurologici focali, sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica.

Il trauma cranico minore viene suddiviso in classi di rischio per la presenza di lesioni intracraniche:

Rischio basso di lesione intracranica:

- Nessuna perdita di coscienza
- Nessuna amnesia post traumatica
- Assenza di criteri di rischio moderato o elevato

I seguenti criteri, in sé e da soli, non sono predittivi delle lesioni:

- Cefalea
- Vertigini
- Ematomi, lacerazioni, abrasioni del cuoio capelluto



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 81 di 524</b></p>
---	--	---

Rischio moderato:

- Perdita di coscienza
- Amnesia post traumatica
- Depressione del livello di coscienza
- Cefalea severa e progressiva
- Nausea o vomito severi
- Intossicazione da alcool o droghe
- Età inferiore a 2 anni
- Convulsioni post-traumatiche
- Deficit neurologici focali
- Segni di frattura del cranio
- Trauma multiplo
- Storia di emofilia o uso di warfarin

### **OBIETTIVO DEL PROTOCOLLO**

- Gestione omogenea e corretta del trauma cranico minore in **Pronto Soccorso e dal Personale medico dell'MCAU.**
- Riduzione della mortalità evitabile conseguente a trauma cranico minore.
- Utilizzo razionale dei mezzi diagnostici.

### **GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO MINORE**

La gestione del trauma cranico minore inizia con la valutazione dell'ABCD del paziente, una valutazione di carattere generale e l'eventuale protezione del tratto spinale della colonna cervicale.

#### **- Anamnesi.**

Le notizie che devono essere ricercate attentamente sono la perdita di coscienza e l'amnesia anterograda e retrograda, ossia i sintomi che definiscono il trauma cranico minore. La perdita di coscienza è considerata il sintomo più importante nella storia del paziente, a prescindere dalla durata. Va inoltre indagata la presenza di cefalea diffusa e di vomito. L'indagine anamnestica va proseguita con la ricerca di possibili fattori di rischio aggiuntivi. Nel caso il paziente venga dimesso è necessario fornire istruzioni di comportamento e di osservazione a chi lo accompagna. (vedi allegato)

#### **- Esame obiettivo.**

L'esame clinico deve essere volto a evidenziare ferite del cuoio capelluto e i segni clinici di frattura della base cranica (ecchimosi in regione mastoidea e in regione periorbitaria, presenza di emotimpano e rinoliquorrea). Una **vasta** ferita lacero-contusa è elemento sufficiente per inserire il paziente nel Grado 1. L'esame neurologico va orientato alla valutazione dello stato di coscienza e alla ricerca di lesioni neurologiche focali, in particolare un eventuale interessamento del IV e VI

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 82 di 524</b></p>
---	--	---

nervo cranico. L'esame neurologico negativo non esclude la presenza di lesioni cerebrali.

**- Radiografia del cranio.**

Con l'avvento della TC la radiografia del cranio ha perso di significato non essendo né sensibile né specifica per lesioni endocraniche.

**- TC del cranio.**

La TC, da effettuarsi senza mezzo di contrasto, è sensibile e specifica sia per fratture che per lesioni endocraniche di tipo contusivo e/o emorragico. La TAC andrebbe eseguita in tutti i pazienti con rischio moderato al fine di evitare periodi prolungati di osservazione.

**- RNM**

La TAC è a tutt'oggi il gold standard degli studi per immagini. Sarebbe da valutare il suo utilizzo, in urgenza, in caso di impossibilità ad eseguire la TAC.

**GRAVITA' E RACCOMANDAZIONI PONDERATE IN BASE ALL'EVIDENZA**

(I gradi di raccomandazione impiegati sono in accordo con le indicazioni della US Agency for Health Care Policy and Research)

**a) Basso rischio per lesioni intracraniche**

- I pazienti che rientrano in questo quadro clinico-assistenziale possono essere dimessi con un foglio informativo sulle modalità di comportamento a domicilio (Grado di evidenza B) purchè sotto osservazione di amici o parenti, cui deve essere affidato il paziente e la documentazione con i consigli terapeutici osservazionali da seguire.

Molti pazienti (circa il 23%) infatti non sono in grado di ricordare quanto raccomandato a poche ore dalla dimissione dal DEA.

- Non è indicato alcun esame radiologico del cranio (Grado di evidenza B).

**b) Moderato rischio per lesioni intracraniche**

- I pazienti che rientrano in questo gruppo richiedono un'osservazione clinica di almeno 6 ore (Grado di evidenza C).

- E' indicata l'esecuzione di TC del cranio con finestra ossea, se peggioramento o persistenza dei sintomi, entro 6 ore (Grado di evidenza B).

- Nelle condizioni di cui sopra non è indicata la radiografia del cranio (Grado di evidenza B).

**INDICAZIONI SUL PROGRAMMA DI OSSERVAZIONE**

**Osservazione Breve (3-6 ore)**

1. Nessun tipo di alimentazione orale (digiuno), fino all'esclusione di patologia chirurgica.

2. Monitoraggio (GCS all'ingresso, a metà osservazione e alla dimissione dopo 3-6 ore)

**Osservazione Prolungata (>6 ore)**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 83 di 524</b></p>
---	--	---

1. Nessun tipo di alimentazione orale (digiuno), fino all'esclusione di patologia chirurgica.
2. Via venosa nelle prime ore.
3. Monitoraggio (GCS ogni 2 ore per le prime 12 ore poi ogni 4 ore fino alla 24 ora).
4. in attesa dell'apertura dell'O.B.I. il paziente sarà ricoverato in reparto chirurgico.

### **TRAUMA CRANICO MINORE E COLONNA CERVICALE**

Nel caso di trauma cranico considerare sempre la possibilità di lesione consensuale del tratto spinale della colonna cervicale.

- Pazienti vigili, coscienti, sobri, neurologicamente normali, che non accusano dolore al collo e non presentano altre lesioni dolorose fuorvianti è estremamente improbabile che presentino una frattura/lussazione traumatica di una vertebra cervicale. Se presente, rimuovere il collare cervicale e palpare la colonna. Se non vi è una particolare contrattura muscolare, chiedere al paziente di muovere volontariamente il collo da parte a parte. Se non vi è dolore, chiedere al paziente di flettere e di estendere volontariamente il collo. Se anche in tal caso non compare dolore, le radiografie della colonna cervicale non sono indispensabili.
- Pazienti vigili, coscienti, neurologicamente normali, che riferiscono dolore al collo devono eseguire radiografia della colonna cervicale in proiezione laterale, antero-posteriore e transorale. Se queste radiografie sono normali, il collare cervicale può essere rimosso e il paziente valutato clinicamente come sopra. Se sussistono dubbi o ambiguità, è indicato il riposizionamento del collare e l'esecuzione di TC del segmento in questione.

#### **Indicatori di performance:**

1. Numero RX cranio richieste
2. Numero pz. con Glasgow Coma Score (GCS) <14\*100 / Numero TC cranio-encefaliche
3. Consegna del foglio con i consigli comportamentali all'accompagnatore \*100 / pz con diagnosi di trauma cranico minore

#### **Risultati attesi:**

1. 0
3. <10%
4. >90%

#### **Bibliografia:**

- 1) emergency medicine practice, novembre 2005, "il trauma cranico lieve: cosa fare quando non c'è (apparentemente) nessun danno
- 2) Linee guida di riferimento per la diagnostica mediante immagini

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 84 di 524</b></p>
---	--	--

### **PR018: Ticket Pronto Soccorso.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR018</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

#### **Introduzione**

La legge finanziaria per il 2007 detta all'art. 1 comma 796, lettera p ed r le disposizioni sulla compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni specialistiche sanitarie e di Pronto Soccorso.

In particolare, per quanto concerne la compartecipazione per le prestazioni di Pronto Soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata "codice bianco", l'Assessorato Regionale, al fine di uniformare il comportamento di tutte le aziende sanitarie siciliane, ha emesso la direttiva n. DIRS/00014, del 4/1/2007, dalla quale sono stati ricavati i principi ispiratori del presente protocollo.

Questo documento vuole perciò rappresentare un vademecum.

#### **Compiti del Pronto Soccorso**

##### **a) triage**

L'utente che arriva in Pronto Soccorso deve trovare a disposizione, apposito modello per consenso informato ed il personale infermieristico addetto al triage deve fornire le informazioni richieste dall'utente.

L'utente, inoltre, deve essere informato sul corretto uso del Pronto Soccorso, degli orari di apertura delle casse, bollettini postali precompilati.

In fase di triage verrà attribuito un codice colore che serve esclusivamente per disciplinare l'ingresso nelle sale visita.

Sul foglio di triage, insieme all'anamnesi infermieristica, verrà stampato il modulo di informazione per l'utente circa la possibilità che venga richiesto il pagamento del ticket.

Tale foglio, verrà sottoscritto dal paziente o da persona che ne fa le veci, per accettazione della possibilità di pagamento del ticket e dell'avvenuta informazione.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 85 di 524</b></p>
---	--	--

### **b) Medico di Guardia**

Al termine dell'iter diagnostico-terapeutico, il medico che dimette attribuirà un nuovo codice, che può essere uguale o diverso da quello attribuito in fase di triage.

Se il codice attribuito dal medico sarà "bianco", verrà stampato apposito modulo che indicherà:

Generalità del paziente,  
numero di prestazione, in numeri e codice a barre,  
data della prestazione  
firma del medico  
istruzioni per il pagamento.

Sul foglio di dimissione deve essere prevista apposita indicazione dell'attribuzione del ticket.

### **c) Capo Sala**

In apposite giornate ed orari, comunicate agli uffici competenti, sarà a disposizione degli utenti circa dubbi riguardanti le problematiche sanitarie dell'accesso al Pronto Soccorso, o per la consegna di duplicato del modello di pagamento, se smarrito dall'utente.

### **Utente**

L'utente che riceve un codice bianco alla dimissione dovrà presentarsi alle casse esibendo l'eventuale certificato di esenzione del ticket, possibilmente con copia da consegnare all'ufficio, per annullare il pagamento poiché esente, ovvero inviare per posta copia della tessera di esenzione insieme alla richiesta di pagamento.

Nel caso di utente non esente pagherà quanto dovuto o passando alle casse, o con pagamento tramite bollettino postale o altre forme che sanno individuate nel futuro.

### **Ufficio Casse**

Nel caso di utente esente, allegherà al modulo di richiesta pagamento del ticket l'autocertificazione o meglio copia del documento di esenzione.

Nel caso di utente pagante, incassato quanto dovuto, sarà consegnata ricevuta dell'avvenuto pagamento al paziente. La ricevuta deve presentare apposito codice, per poter risalire alla causale di pagamento, generalità del paziente. Copia della ricevuta, insieme a copia della richiesta di pagamento, sarà conservata per dovere d'ufficio.

Copia degli attestati di avvenuta presentazione alle casse per il pagamento, sia virtuale con esibizione dell'esenzione ticket, sia reale, con pagamento, saranno consegnati all'ufficio individuato per la tenuta del registro dei pazienti che devono ancora pagare.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 86 di 524</b></p>
---	--	---

### **Ufficio Amministrativo**

Terrà aggiornati gli elenchi dei pazienti che devono pagare il ticket di Pronto Soccorso, eliminerà dall'elenco quelli che hanno già pagato attraverso tutte le forme previste (cassa, tessera di esenzione, posta, ecc...).

Nel caso di esenzione per patologia, l'amministrativo addetto all'ufficio, può chiedere lumi al medico del Pronto Soccorso circa la correttezza del rapporto prestazione erogata, tipo di esenzione.

Periodicamente, circa 6 mesi dopo la richiesta del ticket, verrà inviata apposita comunicazione agli utenti morosi.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale, sarà inviata apposita ricevuta intestata ed indirizzata all'utente che ha fruito della prestazione di Pronto Soccorso.

Naturalmente nel bollettino postale dovranno essere indicate le generalità del paziente ed il numero di dimissione.

Apposite convenzioni per la riscossione coattiva dei ticket non pagati potranno essere messi in atto seguendo le norme di legge vigenti.

***Nel caso di informazioni sanitarie l'utente potrà rivolgersi al Direttore dell'U.O. o al Coordinatore Infermieristico il Martedì e Giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.00.***

Trapani, 01/02/2017

Oggetto: modifica disposizioni ticket

Al personale medico  
M.C.A.U. - Trapani

Si comunica che con Decreto Assessoriale del 23/3/15, pubblicato sulla GURS n.15 del 10/4/15, allegato, sono state modificate, parzialmente, le disposizioni sui ticket.

In particolare:

art.2 ultimo capoverso: tutti i pazienti che si allontanano in corso di accertamenti o cure devono essere sottoposti a ticket.

Allegato pg.18, ultimo comma: devono essere sottoposti a ticket tutti i pz. con:

1. disturbi muscolo scheletrici
2. lombalgie, rachialgie non traumatiche
3. distrazioni muscolari
4. sintomatologie algiche osteomuscolari
5. contusioni e distorsioni minori (senza frattura e senza lussazioni)
6. colpo di frusta cervicale e distorsioni lombari di modesta entità o dopo 12 ore dal trauma

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 87 di 524</b></p>
---	--	---

7. traumi minori non pericolosi per la vita e/o per esiti sia per dinamica sia per tipologia di trauma
  8. problemi dermatologici
  9. problemi oculistici
  10. problemi ORL
- ecc.

per tali sintomatologie/patologie, ad esclusione dei traumi, è opportuno che il paziente sia inviato al PPI o alla Guardia Medica o al MMG/PLS

Si ricorda che la mancata attribuzione del ticket, nei casi previsti in GURS, determina responsabilità personale.

Le disposizioni di cui alla presente nota, saranno introdotte, immediatamente, nel protocollo Ticket.

#### **Indicatori**

1. mediana (Pz visitati dal medico \*100 / ticket attribuiti)
2. mediana (Pz visitati dal medico per codice di triage \*100 / ticket attribuiti per codice di triage)

#### **Valore atteso**

- 1)  $<\pm 25\%$  rispetto alla mediana
- 2)  $<\pm 25\%$  rispetto alla mediana



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 88 di 524</b>
---	--	---

**PR023: Maschera laringea.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR023</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione</b> 1/10/2010 <b>Data revisione</b> 23/05/2016 <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale medico ed infermieristico

**1) Scopo**

Il protocollo ha come scopo la corretta gestione delle vie aeree del paziente da sottoporre ad assistenza respiratoria nei tempi più rapidi possibili

**2) Campo di applicazione**

Il protocollo si applica ai pazienti in stato comatoso, codice rosso, con compromissione della funzione respiratoria

**3) Destinatari**

Il protocollo verrà utilizzato dal personale medico ed infermieristico dell'MCAU del Presidio Ospedaliero di Trapani

**4) Obiettivo**

Riduzione dei danni ipossici

**5) Motivo**

Nei pazienti con una improvvisa insufficienza respiratoria la riduzione degli scambi gassosi determina un immediato crollo della saturazione arteriosa con drastica riduzione dell'afflusso di O<sub>2</sub> al cervello

**6) Materiale occorrente:**

- a) Guanti;
- b) fonte di ossigeno;
- c) maschera facciale, cannula di mayo, pallone autoespandibile;
- d) maschere laringee di diverse misure
- e) siringa da 20 ml;
- f) aspiratore (-150 nmmHg) e sondini;
- g) set per cricotirotomia percutanea;
- h) sondino naso gastrico
- i) farmaci dell'urgenza (1 mg adrenalina a 10 ml in soluzione fisiologica, 200 mg dopamina a 10 ml, 2 mg di noradrenalina a 10 ml, 1 fiala di atropina a 10 ml, 1 fiala di xilocaina da 10 ml, 1 fiala di calcio cloruro 10 ml)
- j) capnometro

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 89 di 524</b></p>
---	--	---

## 7) Situazione paziente: coma profondo

### 8) Esecuzione dell'intubazione:

Escludendo i traumi cervicali e cranio facciali, estendere il capo, trattenendo la posizione con la mano sinistra.

Nel caso di trauma cranio facciale o cervicale eseguire l'operazione facendosi aiutare a tenere bloccato l'asse testa-collo-torace.

Aprire la bocca e rimuovere eventuali corpi estranei (es.: dentiera), possibilmente facendosi aiutare, aprire la confezione della maschera laringea, previo controllo della sua integrità, rimuovere la protezione della cuffia e la linguetta della valvola di insufflazione lubrificare la parte convessa della maschera laringea, impugnandola come una biro, spingerla seguendo la curva del palato duro e molle (infilando le due dita fin dove si riesce, scendendo dietro la lingua) con l'altra mano prendere il tubo e finire il movimento fino ad arrivare sullo sfintere esofageo superiore; con la siringa si gonfiano le labbra della LMA, con il quantitativo di aria previsto a seconda della misura della maschera, ventilare il paziente con il pallone o con il respiratore e controllare la corretta posizione della maschera laringea

Se possibile, posizionare un rotolo di garze fra i denti per impedire che la maschera venga morsicata, rotta o danneggiata al risveglio o ad un maggiore livello di coscienza, fissare le garze e la maschera con un cerotto.

Controllare con il capnometro che venga emessa CO<sub>2</sub> (valore capnometro > 28 mmHG)

### 9) Criticità

a) la maschera laringea ha una capacità di adesione fino a 20 cm di acqua. Un colpo di tosse o uno sforzo espiratorio del paziente possono dislocarla.

b) se il valore della CO<sub>2</sub> fosse <28 la maschera è mal posizionata, ripetere l'operazione

### Indicatori

Numero maschere laringee acquistate

### Valore atteso

>90

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 90 di 524</b></p>
---	--	--

<i>PREPARATO</i>	<i>VERIFICATO</i>	<i>APPROVATO</i>
<p><b>Direttore</b> <b>U.O.C MCAU P.O. Trapani</b> Dott. Massimo G. Di Martino</p>	<p><b>Responsabile Qualità Aziendale</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario</b> <b>P.O. S. Antonio Abate</b></p>

#### **Pr024: CONSEGNA OGGETTI PERSONALI DI UN PAZIENTE A FAMILIARI/CONGIUNTI**

##### **1) Premessa**

Il presente documento ha lo scopo di evitare lo smarrimento o il furto di oggetti ai pazienti sottoposti alle cure di questa U.O.C.

Fanno parte degli oggetti da custodire:

- 1) tutti gli oggetti di valore, soldi compresi
- 2) protesi
- 3) vestiti (anche se strappati o tagliati o bruciati o comunque non riutilizzabili)
- 4) documenti personali e sanitari
- 5) qualsiasi altro oggetto che comunque potrebbe avere rilevanza personale o economica

##### **2) Finalità del presente protocollo**

La presa in carico di un paziente, specie se con alterazioni del sensorio, comporta che bisogna farsi carico sia dei suoi bisogni di salute che dei bisogni alberghieri conseguenti all'assistenza.

La procedura suggerisce metodi chiari e semplici volti alla conservazione di beni personali del paziente, assumendosi l'onere della conservazione di tali effetti.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 91 di 524</b></p>
---	--	---

### **3) Pazienti interessati**

La procedura riguarda tutti i pazienti che a qualsiasi titolo sono allontanati dai propri effetti personali (rimozione dei vestiti, protesi, ecc.) per motivi assistenziali e tutti i pazienti con riduzione delle capacità di relazione.

### **4) Destinatari**

Medici, infermieri, autisti delle ambulanze, ausiliari e OSS del MCAU di Trapani

### **5) Memento**

È necessario che tutti siano responsabilizzati sulla custodia degli effetti personali di un paziente al fine di restituire quanto preso in consegna.

Un'assistenza di buona qualità non può permettersi di sottoporre il paziente a un danno improprio (es.: smarrimento della protesi).

### **6) Protocollo operativo**

- 1) Il triagista che si rende conto che il paziente potrebbe essere interessato dal presente protocollo provvederà a stampare la modulistica e consegnarla insieme alla scheda di triage all'operatore che prende in carico il paziente, compilando quanto di propria pertinenza in merito a documenti sanitari/personali;
- 2) Tutti gli oggetti personali devono essere raccolte in apposite buste di plastica trasparente (in assenza si possono utilizzare le buste per le provette), tutti i vestiti devono essere introdotti in sacco nero che, al termine della raccolta, deve essere chiuso e su di esso deve essere apposto nome e cognome del paziente, data di prelievo;
- 3) Il materiale sopra descritto sarà elencato nel modulo posto alla fine della presente procedura e sarà consegnato ai congiunti o, in loro assenza, il medico di guardia li custodirà per consegnarli al Coordinatore Infermieristico, appena possibile;
- 4) Il congiunto che ritira il materiale dovrà sottoscrivere di aver ricevuto il materiale consegnato apponendo apposita firma nel modulo di cui sopra e, meglio, scrivendo i dati di un documento di riconoscimento. Naturalmente gli effetti possono essere consegnati al paziente, se questo è in grado di intendere;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 92 di 524</b></p>
---	--	---

5) Il modulo compilato, se gli oggetti sono consegnati ai congiunti verrà conservato insieme al fascicolo paziente, se gli effetti non sono stati consegnati, sarà conservato insieme al materiale a cura del Coordinatore Infermieristico.

6) **Nota bene:**

- a) Il paziente in grado di intendere che lasci incustoditi degli oggetti, il personale dell'U.O.C. MCAU non risponde dello smarrimento di tali effetti;
- b) Se il pz. è collaborante è necessaria apposita autorizzazione verbale prima di rimuovere gli effetti personali o di tagliare i vestiti;
- c) Eventuali oggetti ritrovati dal personale e di cui non si riesce a risalire al proprietario, saranno imbustati come sopra descritto e consegnati al Coordinatore Infermieristico che li conserverà.

### **7) Conclusioni**

La presente procedura dovrebbe evitare stati di dubbi conseguenti al non sapere a chi sono stati consegnati gli effetti personali e permetterà di rispondere a ricerche eseguite dall'autorità giudiziaria.

Si ricorda che per tutti i pazienti denudati e per tutti i pazienti con alterazione del sensorio dovrà essere presente un modulo compilato.



**Azienda Sanitaria Provinciale**  
**Trapani**  
Distretto Ospedaliero TP1  
Presidio Ospedaliero "S. Antonio Abate"

**Modello Consegna Oggetti Personali**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, qualifica, \_\_\_\_\_ dichiara di aver consegnato a \_\_\_\_\_, gli effetti personali sotto elencati del paziente \_\_\_\_\_

TIPO	MATERIALE	COLORE	QUANTITÀ	VARIE
PROTESI DENTARIA				
PROTESI AURICOLARE				
ANELLO				
PORTAFOGLIO				
BRACCIALE				
CELLULARE				
COLLANA				
ORECCHINI				
OROLOGIO				
ALTRO				

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, grado di parentela con il paziente \_\_\_\_\_ (ovvero lo stesso paziente), documento \_\_\_\_\_, dichiara di aver ricevuto gli effetti personali sopradescritti.

Erice, \_\_\_\_\_

Firma di chi ritira

\_\_\_\_\_

Firma di chi consegna

\_\_\_\_\_



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**


N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 94 di 524**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 95 di 524</b></p>
---	---	--

## PR025: Ricoveri Non Urgenti.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Responsabile Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR025</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione</b> 1/05/2010 <b>Data revisione</b> 23/05/2016 <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Personale Medico

### **Premessa**

Le varie leggi sui Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) hanno determinato la necessità di ricorrere, ove possibile, a forme alternative al ricovero ordinario, quali ambulatorio, day service, day hospital.

- Poiché secondo i L.E.A. la maggior parte dei ricoveri non urgenti possono essere evitati con il ricorso alle forme alternative di ricovero
- Poiché tali forme di ricovero non vengono gestite dall'U.O. di M.C.A.U.
- Al fine di evitare ulteriore sovraccarico di carico di lavoro al Pronto Soccorso
- Come negli altri Ospedali Italiani

Si invitano i medici che propongono un ricovero non urgente ad inviare tali pazienti presso gli ambulatori dell'U.O. presso cui si vorrebbe far ricoverare il proprio assistito.

Al fine di evitare ulteriore sovraccarico di carico di lavoro al Pronto Soccorso, problemi con il paziente che vede modificata la sua aspettativa assistenziale si ricorda che:

*Il Ricovero ordinario*, ovvero ricovero per patologie non urgenti, può essere richiesto:

- dal Medico di base
- dallo Specialista
- dal Medico di Guardia territoriale

Per tali ricoveri, probabilmente, sarebbe più appropriato il ricorso alle prestazioni ambulatoriali, Day Hospital, Day Surgery e Day Service.

### **Percorso ricoveri non urgenti**

Viste le considerazioni di cui sopra viene proposto il seguente iter, per i ricoveri ricadenti nei DRG ad elevato rischio di inappropriata e per i ricoveri non urgenti:

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 96 di 524</b></p>
---	---	---

## PROGRAMMAZIONE DEL RICOVERO

Il ricovero non urgente in regime di degenza ordinaria viene disposto e programmato dal medico del reparto, sotto la diretta responsabilità dei direttori o dei responsabili di Unità Operativa, previo controllo della disponibilità di posti letto liberi, al fine di garantire il ricovero per i casi urgenti, e verifica dell'appropriatezza del ricovero, secondo due modalità:

1. direttamente
2. su proposta
  - di un medico ospedaliero non appartenente al reparto
  - del medico di famiglia
  - di uno specialista
  - di qualsiasi medico libero-professionista

In tal caso, sarebbe opportuno che il medico proponente contattasse, telefonicamente, il medico del reparto per verificarne l'opportunità e i tempi.

**Il medico di reparto potrà ritenere necessario sottoporre il paziente a visita specialistica ambulatoriale al fine di:**

- verificare l'effettiva necessità del ricovero programmato in regime di degenza;
- accertare il possibile rinvio del ricovero;
- indicare il ricorso a forme alternative di assistenza ospedaliera (Day hospital, prestazioni ambulatoriali).

Qualora il medico dell'U.O. non avesse provveduto a concordare l'accesso del paziente con il richiedente, ovvero questi invii all'ambulatorio ospedaliero, nella richiesta di visita specialistica, verrà scritto "visita per ricovero" e l'Ufficio Prenotazioni Ospedaliero provvederà a dare priorità a tale paziente.

Una volta accertata la disponibilità di posto letto e la necessità del ricovero, il medico di reparto comunica al medico proponente, direttamente al paziente o a un suo familiare, il giorno stabilito per l'accesso in ospedale.

Il giorno precedente al ricovero, il personale infermieristico del reparto contatta telefonicamente il paziente per confermare la disponibilità del posto letto. E'opportuno raccomandare al paziente di portare con se tutti gli esami e gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali cartelle cliniche di ricoveri precedenti che possano avere relazioni con la patologia in atto, le confezioni o le documentazioni dei farmaci assunti a domicilio.

## ACCETTAZIONE DEL RICOVERO IN REPARTO

### Il giorno fissato per il ricovero

- Il paziente si presenta al reparto dalle ore 8,00 alle ore 9,00;
- Riceve il modulo per l'accettazione compilato da un medico del reparto
- Nel caso di Day Service passa dalla cassa
- Provvede quindi, direttamente o tramite un suo familiare, alla registrazione del ricovero presso l'ufficio accettazione sanitaria;
- Si raccomanda di evitare assolutamente i ricoveri nei giorni prefestivi e festivi.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 97 di 524</b></p>
---	---	--

L'Accettazione Sanitaria provvederà a stilare il ricovero secondo le direttive dello Specialista Ospedaliero.

**Disposizioni finali:**

Poiché non appare corretto far attendere due volte il paziente, prima per la visita specialistica e successivamente per il ricovero, l'Ufficio Accettazione darà priorità, a quei pazienti che si presenteranno con richiesta di "Visita presso l'U.O. di \_\_\_\_\_ per ricovero, diagnosi \_\_\_\_\_."

**Bibliografia**

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana dell'8 febbraio 2002, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza
- Decreto 27 giugno 2002 che ha dettato "Disposizioni relative all'erogazione di alcune prestazioni in attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria";
- Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, relativamente ai tassi di ospedalizzazione, prevede all'art. 4, comma 1, lett. b), che i predetti tassi per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno vengano mantenuti entro il 180 per mille abitanti residenti; Visto il Nuovo Patto per la salute stipulato il 28 settembre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- Decreti n. 1091 del 31 maggio 2007 e n. 1119 del 31 maggio 2007, con i quali il protocollo RS-PVA è stato riconosciuto quale strumento ordinario di valutazione dei ricoveri ospedalieri per acuti;
- Decreto n. 1260 del 14 giugno 2007, con il quale sono state emanate disposizioni relative all'erogazione delle prestazioni di day surgery e di day hospital;
- Decreto Assessore Sanità 18/10/2007


**Indicatori**

Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso

Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso per medico

**Valori attesi**

< rispetto all'anno precedente

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 98 di 524</b></p>
---	---	--

### PR026: Prevenzione episodi lipotimici.

<i>PREPARATO</i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Responsabile Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR026</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/03/2011</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

#### **Premessa**

Poiché assistere ad eventi cruenti può determinare improvvise perdite di coscienza degli accompagnatori del paziente che assistono all'evento;

Poiché spesso questi episodi di perdita di coscienza non sono preceduti da malori premonitori;

Poiché spesso i parenti che assistono il paziente non sono in grado di riconoscere i sintomi premonitori dell'episodio lipotimico o non li riferiscono;

Al fine di evitare il coinvolgimento dell'Azienda in cause risarcitorie

#### ***Si dispone che***


- 1) È preferibile che il paziente entri da solo, senza accompagnatori, in sala visita, al fine, anche, di garantirne la privacy ed evitare che altri, anche parenti intimi (marito, genitori, ecc...) vengano a conoscenza della storia clinica del paziente;
- 2) Qualora il paziente voglia assolutamente la presenza di un accompagnatore, sarà ammesso, al massimo, una persona che potrà assistere **solo** all'atto "visita" e sarà fatto uscire dalla stanza in caso di atti cruenti (es.: sutura, interventi salva vita, incannulazione di vena o prelievo ematico, cateterismi vescicali, ecc...);
- 3) Nel caso di paziente in coma o non in grado di intendere e volere (tra cui anche i minori) sarà permesso, se strettamente necessario, l'ingresso in sala di un accompagnatore rispettando le regole del punto precedente;
- 4) Il medico che deroga alle norme di cui sopra si assume la piena responsabilità delle conseguenze della deroga fornita.

Indicatore

n. eventi avversi o near misses verificatisi per la presenza di accompagnatori nelle stanze o per caduta da comoda o barella

valore atteso

0

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 99 di 524</b></p>
---	---	--

**PR027: Segnalazione avvelenamenti, assunzione di cibi guasti o avariati o contraffatti o fitofarmaci.**

<i>PREPARATO</i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Responsabile Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR027</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 14/04/2010</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

**Premessa**


Il Medico di Guardia del Pronto Soccorso ha l'obbligo, nel caso di assunzione o di sospetta ingestione di cibi avariati, contaminati o contraffatti di segnalare il fatto alle autorità di P.S. ed all'Igiene Pubblica, pertanto si dispone che:

Il presente protocollo si applica in caso **di assunzione di cibi avariati, scaduti, contaminati per apertura, anche accidentale, della confezione prima dell'acquisto, contraffatti, o in cui esista tale sospetto, inoltre, gli avvelenamenti reali o presunti con fitofarmaci, antiparassitari ecc....**

Il medico, avvertito dal paziente, deve:

1. Valutare le condizioni cliniche del paziente e comportarsi, dal punto di vista assistenziale, in base alle evidenze riscontrate;
2. Stilare il referto medico;
3. Allertare le Forze dell'Ordine, (obbligatorio, come per tutti i referti, se la prognosi supera 15 gg., è prevista riserva sulla vita o sulla funzione di un organo o apparato);
4. Telefonare al medico reperibile dell'Ufficio di Igiene. (Si ricorda che l'elenco delle reperibilità di tali medici si trova, in atto, nella bacheca sita nella Sala Visita A), nei casi più gravi (coinvolgimento ristoranti, prognosi > 20gg) chiamare il dott. Sebastiano Corso, responsabile dell'Ufficio al cell. N. 3385861393;
5. Consegnare eventuali contenitori ove si trovino tracce del materiale sospetto al Medico Reperibile dell'Igiene Pubblica e segnalare sul referto medico l'affidamento del materiale, descrivendo brevemente il materiale consegnato;
6. Sul referto medico dovrà essere segnalato, anche, il luogo d'acquisto del(i) prodotto(i) di cui si sospetta;
7. Segnalare l'accaduto allo scrivente per le opportune comunicazioni alla Direzione Sanitaria, o con telefonata (in caso di evento grave) o con segnalazione scritta (copia del referto medico).




<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 100 di 524</b></p>
---	---	--

### **Indicatore**

***Trattandosi di obbligo di legge, il mancato rispetto del protocollo comporta esposizione il medico a problematiche medico legali.***

.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 101 di 524</b></p>
---	---	---

**PR028: Protocollo Iter provette per esami di laboratorio.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Responsabile Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR028</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione</b> 14/04/2010 <b>Data revisione</b> 23/05/2016 <b>Numero revisione: 3</b>

Indirizzato a

Personale MCAU

**Premessa**

- ✓ Al fine di migliorare l'assistenza al paziente urgente;
- ✓ Risolvere le problematiche inerenti i tempi di esecuzione degli esami;
- ✓ Evitare che il prolungamento dell'esecuzione degli esami chiuda la finestra utile per l'esecuzione della trombo lisi o dell'applicazione di stent (nel paziente cardiologico acuto);
- ✓ Poter risalire alle motivazioni di ritardo nell'esecuzione degli esami;
- ✓ Evitare abusi;

***Viene stabilito quanto appresso:***

- 1) Il prelievo inviato deve comprendere, di norma, una provetta per emocromo (se richiesto, oggi tappo viola), una provetta per sierologia (se richiesta, oggi tappo verde), una provetta per attività (se richiesta, oggi tappo celeste);
- 2) Nel caso di richiesta alcolemia si dovranno inviare due provette per sierologia (litio eparina) con la firma dell'infermiere che ha eseguito il prelievo;
- 3) Il prelievo urgente, eseguito in Pronto Soccorso, sarà accompagnato da due richieste firmate dal medico del Pronto Soccorso richiedente gli esami;
- 4) L'ausiliario che porta i prelievi in Laboratorio consegnerà prelievi e richieste al tecnico di turno all'accettazione;
- 5) Questo siglerà una delle due richieste, apponendovi l'orario di arrivo;
- 6) L'ausiliario riporterà la richiesta in Pronto Soccorso;
- 7) Dopo un'ora, di regola, gli esami saranno disponibili in Intranet per la consultazione o su stampa cartacea (in laboratorio);
- 8) Qualora il prelievo presentasse problemi il tecnico avviserà immediatamente il Pronto Soccorso al numero telefonico interno 450, avvertendo del problema e comunicando il nome del paziente, sul cui prelievo esistono problemi, e registrando sulla richiesta il nome della persona con cui ha comunicato;
- 9) Il personale del Pronto Soccorso che riceve la telefonata provvederà a far ripetere il prelievo, eseguirà una copia della richiesta che non può essere esitata ed invierà in laboratorio le due richieste (copia ed originale) ed il prelievo ripetendosi i punti 4-7;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 102 di 524</b></p>
---	---	---


- 10) In caso di punto 7, sulla richiesta che ritorna in Pronto Soccorso, saranno presenti due o più orari e sigle di chi ha ricevuto il prelievo al fine di dimostrare, dal punto di vista medico legale che è avvenuto un problema non volontario nell'esecuzione del prelievo/esami;
- 11) Qualora si richiedano esami particolarmente urgenti (es. Emocromo), dietro opportuna segnalazione ed autorizzazione del medico di guardia della Patologia Clinica, l'esecuzione potrà avvenire in tempo reale;
- 12) In caso di ricovero del paziente, se avviene contestualmente all'invio delle richieste in Laboratorio dovrà essere indicata l'U.O. di destinazione; nel caso di ricovero in tempi successivi rispetto all'invio dei prelievi, ma prima della pubblicazione in intranet dei risultati, dovrà essere comunicato, alla Patologia Clinica (tel. N. 288 di giorno, 744 di notte), la Divisione presso cui viene eseguito il ricovero, riportando, nella copia allegata alla cartella clinica, la persona (medico o tecnico) con cui si è comunicato. Se il ricovero avviene dopo la pubblicazione dei risultati in intranet, copia stampata degli esami verrà allegata in cartella;
- 13) Qualora si verificassero problemi inerenti le tipologie delle richieste, ritardi nell'esecuzione/trasmissione degli esami, nell'esecuzione del presente protocollo dovrà essere avvisato il Direttore della Patologia Clinica ed il Direttore del Pronto Soccorso, o loro delegati, per monitorare il presente protocollo ed evitare problematiche medico legali e migliorare l'assistenza offerta;
- 14) Con cadenza, per 3 mesi, mensile, successivamente semestrale, i Direttori delle U.O. o persone da loro incaricate, si incontreranno per la rilevazione delle problematiche;

### **Indicatori**

1.100 \* numero di non conformità rilevate dall' U.O: di Patologia Clinica circa corretto uso delle provette/ tot provette

### **valore atteso**

<1 %

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 103 di 524</b>
---	---	--

### PR029: Criteri di valutazione del personale.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Responsabile Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR029</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/11/2010</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

### Indicatori oggetto di valutazione

#### Infermieri:

Al fine di rendere il più trasparente possibile la valutazione degli infermieri di questa U.O., si trasmette la griglia con gli indici di peso di ciò che verrà valutato sui dati 2011.

Obiettivo di questo servizio è quello di ridurre l'inappropriatezza nell'afflusso di pazienti a questa U.O.


Dall'1/4/11 l'ASP ha aperto il PPI per i codici bianchi e parte dei verdi, il cui regolamento è stato concordato fra Pronto Soccorso e Medicina di Base.

Poiché troppo spesso questo servizio viene utilizzato per supplire il territorio o per accelerare prestazioni ambulatoriali non a carattere d'urgenza,

Poiché i mezzi a nostra disposizione sono rappresentati dal ticket e dal richiedere esami e consulenze solo a pazienti con problemi a carattere di urgenza ed emergenza, per risolvere problemi diagnostici del Medico di Pronto Soccorso,

Si propongono i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Indicatore	Valore atteso	peso
Telefono pazienti	n. telefono inserito nella scheda di triage/tot schede triage compilate dall'i.p.	>50%	20
Medico famiglia	Indicazione del medico di famiglia (escluso non dichiarato) /tot schede triage compilate dall'i.p.	<20% sui valori assoluti 2010	20
Corretta compilazione dati anagrafici	Errori corretti successivamente alla chiusura del caso/tot schede	<1%	10

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 104 di 524</b></p>
---	---	--

	trriage compilate dall'i.p.		
Carico di lavoro:trriage	Mediana (n. pz. triagiati per i.p. /tot triage)	± 25%	10
Partecipazione alle riunioni		>80	10
Compilazione scheda infermieristica	Media (n. schede compilate per i.p./ tot visitati)	±<25%	10
Indicatori aziendali			

La scheda di valutazione del personale di comparto prevede due aree principali con 4 punti di valutazione, appresso indicati :

**Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe**

- 1) grado di partecipazione alle attività di programmazione interna all'equipe
- 2) grado di disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi
- 3) capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico
- 4) capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe

**Area della produttività individuale**

- 1) rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati
- 2) grado di puntualità
- 3) grado di autonomia
- 4) grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi


Al fine di creare una corrispondenza fra obiettivi misurabili e scheda personale i punti segnalati nella tabella vengono così interfacciati:

**Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe**

- 1) Partecipazione alle attività di programmazione ---- partecipazione ad incontri e riunioni
- 2) Disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi ---- Rispetto dei protocolli, indicazione dell'esame obiettivo e delle note alla dimissione
- 3) Capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico ---- non essendo stati assegnati gli incarichi dirigenziali non è possibile, in atto, fornire ex ante degli indicatori misurabili
- 4) Capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe ----- Ticket attribuiti. Questo indicatore è rivolto alla misurazione di un parametro che viene richiesto da Assessorato e Ministero alla Salute. Non attribuire i ticket implica la sconfessione del triage. Quindi a cascata un problema di Unità Operativa

**Area della produttività individuale**

- 1) Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati ----- carico di lavoro espletato
- 2) Grado di puntualità ----- saranno analizzati i fogli presenza e valutate eventuali cronicità nel fornire il cambi ai colleghi

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 105 di 524</b></p>
---	---	---

3) Grado di autonomia ----- (ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo\*100/visitati rossi e schede cardiologiche cod. giallo)

4) Grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi

----- Consulenze facilmente evitabili

A tal fine saranno fornite le tabelle con i valori 2010.

Tali tabelle saranno fornite in forma anonima con al posto dei nomi dei medici un numero.

La corrispondenza numero medico verrà fornita su foglio a parte e consegnato al diretto interessato.

Nel mese di Luglio saranno forniti gli indicatori di metà anno.

Per chi non può confrontare i dati con l'anno precedente (nuovi assunti) l'indicatore di base è rappresentato dalla media dei colleghi.

### **Medici:**

Al fine di rendere il più trasparente possibile la valutazione dei medici di questa U.O., si definisce la griglia con gli indici di peso di ciò che verrà valutato sui dati 2011.

Obiettivo di questo servizio è quello di ridurre l'inappropriatezza nell'afflusso di pazienti a questa U.O.

Dall'1/4/11 l'ASP ha Aperto il PPI per i codici bianchi e parte dei verdi, il cui regolamento è stato concordato fra Pronto Soccorso e Medicina di Base.


Poiché troppo spesso questo servizio viene utilizzato per supplire il territorio o per accelerare prestazioni ambulatoriali non a carattere d'urgenza,

Poiché i mezzi a nostra disposizione sono rappresentati dal ticket e dal richiedere esami e consulenze solo a pazienti con problemi a carattere di urgenza ed emergenza, per risolvere dubbi diagnostici del Medico di Pronto Soccorso,

Si propongono i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Indicatore	Valore atteso	peso
Ticket attribuiti	(Ticket/visitati, codici bianchi e verdi al triage)*100	>40%	20
Consulenze facilmente evitabili	(consulenze in Dermatologia, Oculistica ed ORL)	<20% sui valori assoluti 2010	20
Rispetto dei protocolli e linee guida	(ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo*100/visitati rossi e schede cardiologiche)	>90%	10



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 106 di 524</b></p>
---	---	---

	cod.giallo)*100		
Rispetto dei protocolli e linee guida	(Esame obiettivo compilato/visitati per medico)*100 (Note dimissioni fornite/visitati per medico)*100	>60% dimessi esame obiettivo  >60% dimessi note alla dimissione	20
Partecipazione alle riunioni	presenza	>80	10
Carico di lavoro espletato	(Pazienti visitati/pazienti transitati)	Scostamento rispetto alla media <25%	20
Indicatori aziendali			

La scheda di valutazione prevede due aree principali con 4 punti di valutazione, appresso indicati :

**Area della Partecipazione ai processi produttivi d'equipe**

- 1) grado di partecipazione alle attività di programmazione interna all'equipe
- 2) grado di disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi
- 3) capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico
- 4) capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe


Area della produttività individuale

- 5) rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati
- 6) grado di puntualità
- 7) grado di autonomia
- 8) grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi

Al fine di creare una corrispondenza fra obiettivi misurabili e scheda personale i punti segnalati nella tabella vengono così interfacciati:

**Area della Partecipazione Ai processi produttivi d'equipe**

- 1) Partecipazione alle attività di programmazione ---- partecipazione ad incontri e riunioni
- 2) Disponibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi ---- Rispetto dei protocolli, indicazione dell'esame obiettivo e delle note alla dimissione
- 3) Capacità organizzativa nell'espletamento del proprio incarico ---- non essendo stati assegnati gli incarichi dirigenziali non è possibile, in atto, fornire ex ante degli indicatori misurabili
- 4) Capacità di contribuire alla resa produttiva dell'equipe ----- Ticket attribuiti. Questo indicatore è rivolto alla misurazione di un parametro che viene richiesto da Assessorato e Ministero alla Salute. Non attribuire i ticket implica la sconfessione del triage. Quindi a cascata un problema di Unità Operativa.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 107 di 524</b></p>
---	---	--

### **Area della produttività individuale**

- 5) Rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati ----- carico di lavoro espletato
- 6) Grado di puntualità ----- saranno analizzati i fogli presenza e valutate eventuali cronicità nel fornire il cambio ai colleghi
- 7) Grado di autonomia ----- (ecg eseguiti in P.S. a codici di triage rossi e schede cardiologiche cod.giallo\*100/visitati rossi e schede cardiologiche cod. giallo)
- 8) Grado di adattabilità al verificarsi di cambiamenti ambientali ed organizzativi

----- Consulenze facilmente evitabili


A tal fine saranno fornite le tabelle con i valori 2010 che sono presi per riferimento ove previsto.

Tali tabelle saranno fornite in forma anonima con al posto dei nomi dei medici un numero.

La corrispondenza numero medico verrà fornita su foglio a parte e consegnato al diretto interessato.

Nel mese di Luglio saranno forniti gli indicatori di metà anno.

Per chi non può confrontare i dati con l'anno precedente (nuovi assunti) l'indicatore di base è rappresentato dalla media dei colleghi.

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 108 di 524</b>
---	---	--

### **PR030: Protocollo Sbarelamento.**

<i><b>PREPARATO</b></i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i><b>VERIFICATO</b></i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i><b>APPROVATO</b></i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i><b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR030</b></i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 02/05/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

Viste le norme regionali sul triage e trasporto infermi  
Si ricorda

- Il paziente trasportato con ambulanza, dopo aver effettuato il triage, **innanzi alla postazione del triage di bancone**, viene sbarellato dal personale che lo ha trasportato, negli appositi locali (stanza innanzi le scale)
- Il personale che ha accompagnato il paziente resta con lo stesso finchè questo non viene fatto entrare in sala visita o affidato ad un medico dell'U.O. di M.C.A.U. libero
- Il paziente accompagnato dalle ambulanze **avrà priorità rispetto agli altri pazienti con lo stesso codice di triage**
- L'ambulanza non sarà operativa finchè il paziente non viene fatto entrare in sala visita o affidato ad un medico dell'U.O.

Ne consegue che al personale delle ambulanze è fatto divieto di:

- ❖ Entrare nei locali per lo sbarellamento da porte secondarie
- ❖ Lasciare il paziente a parenti od altre persone ed allontanarsi dal locale sbarellamento
- ❖ Entrare in sala visita o in sala computer
- ❖ Fare pressione sul personale medico e non, del pronto soccorso, per accelerare il tempo per la visita

Infine

Il personale addetto alle ambulanze **deve** segnalare al medico di guardia, all'atto della visita, eventuali inadempienze, del triagista, al presente ordine di servizio


Il personale triagista **deve** segnalare al medico di guardia eventuali non ottemperanze alle norme di legge ed al presente regolamento

Il medico di guardia **deve** stilare referto medico e segnalare alle forze dell'ordine eventuali inadempienze del seguente ordine di servizio

#### **Indicatore**

n. assoluto segnalazioni

valore atteso: <2

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 109 di 524</b></p>
---	---	---

### **PR031:Teleconsulenza neurochirurgica.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR031</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/11/2010</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Tutto il personale

#### **SCOPO**

Al fine di evitare il rischio di trasferire, in appropriatamente un paziente in altro nosocomio, esponendolo a tutti i rischio legati allo spostamento con ambulanza, la Regione Sicilia ha fornito l'opportunità di richiedere un consulto neurochirurgico, inviando contemporaneamente le immagini tac o risonanza.

Per problemi medico legali è necessario identificare chi richiede la consulenza e chi la esegue, a tal fine è stato predisposto apposito programma informatico che richiede il riconoscimento dell'operatore.

Al fine di rendere più semplice possibile l'operazione vengono descritti i passaggi:

- Quando richiederla

Il protocollo regionale prevede che venga richiesta nelle condizioni di appresso:

In presenza di ematoma >3mm

GCS<13

Non deve essere richiesta per lesioni ischemiche cerebrali e lesioni non di interesse neurochirurgiche o per traumi alla colonna.

- Apertura programma

Per aprire il programma è necessario inserire nome utente (prima lettera del nome+cognome) e password (prima lettera del nome + cognome) m.dimartino pass carla2

Il programma chiederà immediatamente di cambiare la password.

La password deve essere cambiata ogni 60 gg pena perdita della possibilità di cambio password (il programma avverte per tempo)


- Cambio password

Andare su **utilità** posto in alto a sin e schiacciare **cambia password**.

Scrivere la vecchia password nell'apposito spazio e la nuova password, 2 volte, negli appositi spazi

Quindi **esci**

Preparazione teleconsulenza

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 110 di 524</b></p>
---	---	---

Il modulo di richiesta di teleconsulenza neurochirurgia prevede 4 sezioni: anagrafica; dati anamnestici; notizie cliniche; relazione del radiologo con immagini.

La richiesta di teleconsulenza deve essere inviata sempre dal medico di P.S., neurologo o anestesista. Il radiologo visionata la tac può iniziare il processo di teleconsulenza ma non può inviare i dati.

Di conseguenza il paziente può essere inserito dalla radiologia o dal medico di Pronto Soccorso.

- Paziente inserito dalla radiologia (opzione oggi non disponibile)

Se il paziente è stato inserito dalla radiologia andare sul pulsante **teleconsulto** e schiacciare **gestione consulti**.

Si aprirà una maschera in cui sono presenti tutti i pazienti cui il radiologo ha inserito quanto di propria competenza.

Schiacciare nella colonna **QR** in corrispondenza del paziente per compilare il questionario

Si aprirà una nuova maschera con tutti i dati da inserire.

In alto si trovano 3 indicatori. Quello della radiologia dovrebbe essere verde.

Aprire la prima sessione e compilare tutti i dati. Se la compilazione è completa l'indicatore diventerà verde

Tutti i campi sono obbligatori.

La maschera è in fase di aggiornamento e semplificazione.

Schiacciare sul **dischetto** in alto a destra per salvare i dati. Se si chiude la maschera senza aggiornare i dati verranno perduti e dovranno essere reinseriti

- Inserimento paziente (procedura attuale)

Andare su **teleconsulto** (in alto a sin) e poi su **nuovo consulto** e compilare i campi presenti nella maschera.

- Schiacciando 2 volte sul campo data comparirà un campo per la facilitazione dell'inserimento data.
- La struttura cui chiedere il teleconsulto è villa sofia giorni dispari, civico giorni pari.

Compilata la pagina si apriranno 3 pulsanti a dx.


Il **pulsante in alto a dx (anagrafica)** serve per l'inserimento dei dati anagrafici. Inserendo nome e cognome e schiacciando su cerca si aprirà una maschera fra cui scegliere il pz.

Compilata la scheda anagrafica schiacciare sul **segno di spunta verde** (salva).

Schiacciare il **terzo pulsante di dx** in basso (questionario) serve per aprire la scheda **dati anamnestici**. Tutti i campi devono essere compilati. Salvare, l'indicatore in alto diventa verde e si apre la scheda **esame obiettivo**.

Se l'indicatore resta rosso, viene riaperta la stessa maschera. Bisogna selezionare la voce a cui non si ha risposto.

Nella maschera dati clinici tutti i dati sono obbligatori.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 111 di 524</b></p>
---	---	--

Dopo aver salvato l'indicatore diviene verde ed è necessario telefonare al radiologo per l'inserimento di quanto di sua competenza.

Se l'indicatore resta rosso, viene riaperta la stessa maschera. Bisogna selezionare la voce a cui non si ha risposto.

Quando il radiologo compilerà la sua scheda dovrà chiamare per avvertire. Aprendo il programma tutti e tre gli indicatori saranno verdi

Se tutti i quadri sono completi

Compilata la parte anagrafica salvare sul **dischetto** in alto a dx che salva i dati e porterà alla compilazione dell'anagrafica.

- Invio teleconsulenza

Schiacciare **Teleconsulto** e poi **Gestione Consulti**, schiacciare sul **cognome** del paziente. La riga del paziente selezionato diverrà scura e si apriranno dei pulsanti a dx.

Schiacciare su quello che ha l'icona di un **lucchetto**

Si dovrà inserire la password.

Si può utilizzare

**nome utente "mdimartino"**

**Password "carla0"**

**Attenzione: la password deve essere quella di chi ha iniziato la procedura teleconsulto!**

Inviata la teleconsulenza chiamare i numeri dedicati di Villa Sofia (3356209941 / 0917808272) o Civico (3881812636 / 0916663189) per avvertire il neurochirurgo. (sono attaccati al quadro elettrico sopra la stampante della "stanzaC").

Sarete avvertiti dal neurochirurgo quando la risposta sarà pronta.

- per stampare la teleconsulenza

andare su anagrafica

inserire i dati paziente

visualizzare "tutte" le consulenze schiacciando sull'apposito flag

schiacciare sul pulsante "consulenza" che nel frattempo sarà comparso

la consulenza sarà leggibile

schiacciare sul pulsante con il logo acrobat (triangolo rosso)

schiacciare sul pulsante stampante del foglio che si aprirà

### **Indicatore**

1. n. di teleconsulti richiesti per medico (valore assoluto) / traumi cranici trasferiti per competenza


2. n. di risposte del neurochirurgo inserite nel fascicolo del paziente o in cartella clinica\*100/n. teleconsulti richiesti

### **valori attesi**

1. >Anno precedente

2. >80%



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 112 di 524</b></p>
---	---	---

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR032</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	Codice del documento: <b>PR.032.MCAU.TP</b> Data di emissione: <b>1.10.2010</b> <b>Data revisione</b> <i>23/05/2016</i> <b>Numero</b> <b>revisione: 3</b>

## **PR032: Compilazione del Referto Medico e Referto “non obbligatorio”.**

### **1. PREMESSA**

Il referto medico è definito come l’atto mediante il quale ogni esercente una professione sanitaria rende noti, all’autorità giudiziaria competente, i casi, in cui ha prestato la propria opera o assistenza, che presentino le caratteristiche di delitti perseguibili d’ufficio.

Il medico ha l’obbligo di compilare il referto medico nei casi previsti, l’inadempimento di tale obbligo è penalmente perseguibile.

#### **1.1 NORMATIVA SULL’OBBLIGO DI REFERTO MEDICO**

##### **Art.361 del Codice Penale: Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale.**

Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all’Autorità giudiziaria, o ad un’altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferire, un reato di cui ha avuto notizia nell’esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da lire sessantamila a un milione.

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

##### **Art. 362 del Codice Penale: Omessa denuncia da parte di incaricato di pubblico servizio.**

L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare, all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio è punito con la multa fino a euro 103.

Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa ...omiss.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 113 di 524</b></p>
---	---	---

### **Art.365 del Codice Penale: Omissione di referto**

Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro.

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

### **Art.331 del Codice Procedura Penale: Denuncia d'ufficio**

1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.

4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero.

#### Nota al presente articolo:

1) in caso di comportamenti violenti o di reati perseguibili d'ufficio, la legge prevede che pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio eseguano la segnalazione all'autorità di Polizia Giudiziaria.

2) Gli infermieri o i medici che hanno avuto in cura un paziente sono esonerati dal redigere il referto se questo viene compilato da un medico.


3) Il medico che non ha le qualifiche sopra riportate, non ha l'obbligo di comunicazione all'Autorità di Polizia Giudiziaria se la denuncia/referto esporrebbero il proprio assistito a sequele giudiziarie.

4) si ricorda che il Medico di Pronto Soccorso è un Pubblico Ufficiale Incaricato di Pubblico Servizio.

### **Art.334 del Codice Procedura Penale: Notizia di reato**

1. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 114 di 524</b></p>
---	---	---

3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Nota: è obbligatorio che il referto contenga: Dati anagrafici della vittima (e dell'aggressore se possibile), luogo e ora dell'evento, diagnosi e prognosi.

**Art.336 del Codice Procedura Penale: querela**

Solo la persona offesa dal reato (o suo procuratore) può decidere se presentare querela, ovvero se vuole instaurare un giudizio nei confronti dell'autore del reato. Il termine per la querela è di 90 gg. (per la violenza sessuale e „stalking“ è di 180 gg.). Decorso il termine non è più possibile presentare querela. In qualsiasi momento – sino all'apertura formale del processo (apertura del dibattimento) - la querela può essere ritirata con la conseguenza che il reato non è più perseguibile. Solo nel caso di violenza sessuale la querela è irrevocabile.


N.B.: il testo è riassunto rispetto a quello pubblicato sul codice

**Reati perseguibili d'ufficio:**

- art. 575 c.p. Omicidio volontario.
- art. 589 c.p. Omicidio colposo
- art. 584 c.p. Omicidio preterintenzionale
- art.579 c.p. Omicidio del consenziente
- art.586 c.p. Morte o lesioni conseguenti a altro delitto
- art.580 c.p. Istigazione o aiuto al suicidio
- art.578 c.p. Infanticidio
- art. 612 c.p. Minaccia (grave, con armi),
- art. 572 c.p. Maltrattamenti in famiglia,
- art. 582, Il comma c.p. Lesioni gravi,
- art. 609-bis ss.c.p. Violenza sessuale,
- art. 610 c.p. Violenza privata,
- art. 612-bis c.p. Atti persecutori (stalking) nei confronti di minori o persone disabili.
- Quando non è certa la causa della morte
- Delitti contro l'incolumità personale
- Percosse
- Delitti contro l'incolumità personale (es.: sequestro di persona, violenza privata, anche e soprattutto familiare)
- Delitti contro l'incolumità pubblica
- Delitti contro la libertà sessuale
- Interruzione di gravidanza (escluso quanto previsto dalla legge 194)
- Delitti contro la pietà dei defunti (vilipendio di cadavere)

**Reati perseguibili a querela di parte:**

- art. 594 c.p. Ingiuria,

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 115 di 524</b></p>
---	---	---

art. 612 c.p. Minaccia (salvo pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio),  
 art. 581 c.p. Percosse,  
 art. 582 c.p. Lesione (sino a 20 giorni di prognosi),  
 art. 609-bis c.p. Violenza sessuale (con persone maggiorenni e minorenni sino a 14 anni),  
 Art. 612-bis c.p. Atti persecutori (stalking).

## 2.SCOPO

Scopo della seguente procedura omologare il comportamento di tutti i medici dell'ASP alle normative nazionali

## 3.CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i Pronto Soccorso e alle UOC di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza dell'ASP di Trapani e coinvolge tutto il personale medico.


## 4.LISTA DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è inviata per conoscenza, approvazione verifica e applicazione a:

- Direttore Sanitario Aziendale
- Responsabile UOC Medicina Legale Distretto di Trapani
- Direttore UOC Rischio Clinico
- Responsabile Qualità Aziendale
- Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Trapani
- Direttori e responsabili di tutti i Pronto Soccorso e delle UOC di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza dell'ASP di Trapani
- Tutto il Personale Medico di tutti i Pronto Soccorso e delle UOC di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza dell'ASP di Trapani

**Nota:** L'avvenuta distribuzione della procedura è registrata nel **Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001.DrQ.**, parte integrante del presente documento, e rappresenta l'evidenza della compliance del personale.

La distribuzione della procedura al personale delle unità operative elencate in lista di distribuzione sarà curata dai Direttori/Responsabili delle suddette Unità Operative, sempre attraverso l'utilizzo del **Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001.DrQ.**,

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 116 di 524</b></p>
---	---	--

## 5. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI

REV.	DATA	MOTIVO
0	<b>01.10.2010</b>	PRIMA EMISSIONE
1	<b>13.03.2012</b>	REVISIONE PER AGGIORNAMENTO
2	<b>10/11/2015</b>	REVISIONE PER AGGIORNAMENTO
3	<b>25.02.2016</b>	LA PROCEDURA ASSUME CARATTERE AZIENDALE

## 6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### 6.1 Compilazione referto medico

Ai fini dell'obbligo giuridico, è importante notare che, ai sensi degli artt.365 e 362 c.p., mentre per poter stilare una denuncia è necessario che il pubblico ufficiale abbia avuto notizia, durante il proprio servizio, di un reato, di un delitto o di una contravvenzione effettivamente realizzatesi, ai fini del referto, invece, è sufficiente che l'esercente una professione sanitaria, abbia prestato la propria opera o assistenza in casi che possano presentare le caratteristiche di delitti perseguibili d'ufficio.

Nella compilazione del referto medico si deve prestare la massima attenzione a:

- a) generalità del paziente
- b) luogo, data e ora dell'evento, se riferiti
- c) diagnosi
- d) prognosi
- e) generalità dell'aggressore

Questi cinque momenti sono obbligatori in quanto in assenza di uno solo dei cinque punti il referto è irregolare.

Se uno dei dati obbligatori non è noto dovrà, comunque, essere scritto il motivo.


Es.: ore, luogo dell'evento, non comunicati da \_\_\_\_\_.

### 6.2 Procedura

Nell'istante in cui il medico si rende conto che trattasi di evento che fa scattare l'obbligo del referto medico o della denuncia o del rapporto, deve compilare, immediatamente, il referto medico (unica modulistica a disposizione e pertanto, da questo momento si parlerà indifferentemente di referto anche per il rapporto o per la denuncia).

Si ricorda che **non c'è obbligo di compilare il referto medico, di norma, negli incidenti stradali e in caso di percosse con prognosi inferiore a 20 giorni.**

Facile intuire che in caso di incidente stradale o di percosse, spesso, solo dopo l'esecuzione di indagini radiologiche/consulenza, si diagnosticheranno lesioni

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 117 di 524</b></p>
---	---	---

guaribili in oltre 19 giorni, pertanto, in quel preciso momento dovrà essere stilato il referto medico.

**Questa problematica deve rendere particolarmente sensibile il medico che legge o riceve un referto radiologico/consulenza**, a stilare immediatamente il referto, onde evitare che altri possano cadere in errore e quindi si incorra nel reato di omissione del referto medico.

Circa gli incidenti stradali si rimanda al protocollo sull'alcolemia presente in ciascuna UU.OO.

Se si esegue un'alcolemia, sia in conseguenza di un accesso venoso su persona alla guida sia perché richiesto dalle forze di polizia deve essere sempre stilato il referto medico.

Si invita, in caso di incidente stradale o percosse, a stilare il referto medico se si viene a conoscenza di intervento delle forze dell'ordine sul luogo dell'incidente, o se da queste richiesto.

Qualora il caso sia stato chiuso senza compilazione del referto medico si dovrà eseguire apposita segnalazione al Direttore dell'U.O., nel più breve tempo possibile, al fine di operare la correzione.

**Si ricorda, infine, che allertare le forze dell'ordine in caso di prognosi particolarmente grave o infausta è un obbligo di legge.**

### 6.3 INDICATORI:


Numero referti per incidente stradale con prognosi >19 giorni/100 = 100% dei referti per incidente stradale con prognosi >19 giorni

### 6.4 ALLEGATI

Registro distribuzione documenti **DR.1.PRG.001.DrQ.**

### 6.5 BIBLIOGRAFIA

- Codice penale
- Codice di procedura penale
- Del Gaudio: Medicina Legale
- Sito: [www.brocardi.it](http://www.brocardi.it)

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>
<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i> Dott. Massimo G. Di Martino	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i> Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i> Dott. Giurlanda Francesco	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR030</b>  <b>Data Emissione 29/09/2010</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

## [PR033 Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica](#)

INDIRIZZATO A
Medici

Viste le linee guida concordate con la Direzione Sanitaria e l'U.O. di Medicina Generale appare corretto fornire le indicazioni sul modo di operare.

### 1) Definizione della patologia

Per anemia non emorragica si intende quella patologia caratterizzata da una riduzione dei Globuli Rossi al di sotto di 10 gr Hb% non legata a fatti emorragici o traumatici.

È caratteristica delle persone in età avanzata, spesso cronica con frequenti ripresentazioni in Pronto Soccorso e secondo i L.E.A. rappresenta un ricovero ad alto rischio di inappropriatelyzza. DRG n.285

### 2) Scopo

Lo scopo di questo protocollo è quello di ridurre il numero di ricoveri a rischio inappropriatelyzza.


Prima di giungere al presente protocollo si è provveduto ad aprire le strade che permettessero l'esecuzione di trasfusione, in tali pazienti, o a domicilio o ambulatorialmente presso il Centro Trasfusionale.

Il ricorso al ricovero, pertanto, deve avvenire solo nelle condizioni in cui le condizioni critiche del paziente non permettessero il ricorso ai due sistemi di cura sopra individuate.

### 3) Indicazioni procedurali

- a) Il paziente che giunge con richiesta di ricovero del medico curante e con Emoglobina >7 gr% ovvero in cui si riscontrasse tale valore dell'emoglobina in esami eseguiti in P.S., salvo altre patologie, sarà rimandato a domicilio con consiglio di recarsi dal curante per il monitoraggio dell'emoglobina.
- b) Se il valore dell'Hb fosse < a 6 gr%, salvo altre patologie concomitanti, determinerà il ricovero presso l'U.O. di Medicina Generale.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 119 di 524</b></p>
---	---	--

c) Nel caso in cui il valore dell'Hb fosse compreso fra 7 e 6 gr%, in assenza di altre patologie e paziente stabile, il paziente sarà inviato in consulenza presso l'U.O. di Medicina Generale ed il consulente deciderà l'iter da seguire ovvero se trattare il paziente ambulatorialmente, in regime di ricovero ordinario o in DH.

Raccomandazioni:


- il paziente dovrà essere inviato in consulenza con un emocromo recente (max 24 ore)
- non rientrano in questo protocollo i pazienti instabili o con altre patologie concomitanti urgenti (es.: ictus, angor, ima, ecc...)

4) Indicatori

Numero di ricoveri eseguiti per DRG

5) Valori attesi

<2011

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 120 di 524</b>
---	---	--

### **PR036: Linee guida disinfezione e verifica ambulanze.**

<i><b>PREPARATO</b></i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i><b>VERIFICATO</b></i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i><b>APPROVATO</b></i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i><b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR036</b></i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2010</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Autisti

#### **Premessa**

Ogni mezzo di soccorso deve essere sempre pronto ad affrontare qualsiasi situazione si presenti durante lo svolgimento del servizio.

La cura dei dettagli, della sicurezza, della conformità delle attrezzature, dell'accoglienza del paziente su un mezzo pulito e disinfettato sono alla base di un trasporto sicuro e ben accettato dal paziente.

## **AUTISTA AMBULANZE**

### **1. L'AUTISTA DELL'AMBULANZA: LA FIGURA ED I SUOI COMPITI**

Durante l'orario di servizio deve indossare l'abbigliamento specifico e rimanere in attesa di eventuali chiamate.

All'autista delle ambulanze sono affidati due cellulari che deve tenere sempre con se durante il servizio, curandone la ricarica e il mantenimento in perfetta efficienza.

Spetta a lui mantenere in efficienza il mezzo meccanico, verificandone lo stato mediante apposita check-list (scaricabile dai protocolli autisti).

Una volta che sia chiamato per un servizio deve:

1. identificare il percorso più idoneo per raggiungere il target (è l'Autista il responsabile del raggiungimento del target nel più breve tempo possibile, compatibilmente con il traffico e la situazione metereologica); l'Infermiere, in assenza di medico, assume il ruolo di team leader;
2. salire sull'ambulanza per ultimo, dopo aver controllato che tutte le porte siano chiuse, allacciarsi e far allacciare agli altri occupanti le cinture di sicurezza;
3. in urgenza/emergenza usare la sirena ed i farogiri (il Codice della Strada, Art. 177 comma 1, prevede che sirene e girevoli debbano essere usati

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 121 di 524</b></p>
---	---	--

congiuntamente, continuativamente –non ad intermittenza- e solo nei casi di urgenza e/o emergenza, sia di giorno che di notte); l'uso di segnali acustici luminosi non autorizza a disattendere il codice della strada e a non guidare in sicurezza;

4. indossare i presidi di protezione individuale, ove indicato;

5. collaborare con i sanitari nel trasporto del materiale (defibrillatore, zaino 118, barella);

6. collabora con l'Infermiere nel carico e scarico del paziente, senza abbandonare lo stesso, per consentire all'Infermiere di eseguire le pratiche di ricovero o di ottenere le informazioni presso altre strutture in cui avvenga il trasferimento del malato (ospedali, case di cura, ecc.), a seconda delle indicazioni del team leader;

7. collaborare con l'Infermiere ed il Medico, compatibilmente con le proprie conoscenze delle manovre di primo soccorso, nella pratica delle manovre di rianimazione sul paziente, qualora si rendesse necessario un suo intervento;

8. preparare il presidio più idoneo al trasporto del malato o quello indicato dai sanitari presenti (tavola spinale, barella a cucchiaio, sedia, ecc.);

9. collaborare al trasporto del paziente;

10. identificare il percorso più adatto al rientro in sede utilizzando i sistemi di allertamento, se necessario (rientro in sirena o meno);

11. collaborare al trasporto del paziente nel reparto di destinazione o al Pronto Soccorso;

12. collaborare per rendere operativo il mezzo al ritorno da ogni missione; ripristinare il materiale / barella utilizzati:

i. ripristinare la barella, lenzuola, telo, coperta e cuscino;

ii. ripulire l'abitacolo da sangue, vomito, liquidi, fango, ecc.;

iii. raccogliere e gettare materiale usato: garze, medicazioni, materiale monouso aperto;

iv. areare il vano sanitario;

13. in caso di trasporti a rischio infettivo eseguire la detersione e disinfezione del mezzo secondo le modalità previste (vedi protocollo specifico), se possibile farsi aiutare da un ausiliario, anche, dei servizi generali;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 122 di 524</b></p>
---	---	--

➤ Terminato il servizio, il mezzo deve essere rapidamente ripristinato, ossia essere disponibile con le caratteristiche descritte di ordine, pulizia e completezza.

➤ Se il mezzo non può essere reso disponibile in breve tempo (guasto, ecc..), esso non può proseguire nel servizio e deve essere aggiustato o sostituito. A tal fine andrà redatto apposito foglio viaggio e richiesta riparazione secondo modulistica in dotazione.

14. Negli interventi su strada (incidenti), eccezionali visto il mancato coinvolgimento dei mezzi dell'ospedale da parte del 118, l'Autista deve posizionare il mezzo a protezione della squadra, ovviamente con i girevoli in funzione ed il motore acceso, ed in modo da non intralciare gli altri mezzi di soccorso eventualmente presenti. Quindi, nel caso l'ambulanza fosse il primo mezzo a giungere sul luogo dell'incidente, è meglio posizionarsi prima dei mezzi incidentati, se invece ci fossero già altri mezzi di soccorso, sarà preferibile posizionarsi a fianco degli stessi oppure oltre l'incidente, in modo da non ostacolare l'arrivo di altri mezzi di soccorso, e comunque sempre in zona protetta. Inoltre, se necessario, l'Autista dovrà proteggere il personale sanitario in azione, mediante mezzi visivi (segnalazione, deviazione del traffico) fino all'arrivo delle autorità preposte.

15. In caso di interventi in ambienti contaminati (luoghi nei quali l'aria è stata resa nociva dall'inquinamento di elementi chimico-fisici, che ne hanno alterato la composizione), si provvederà ad avvisare la Centrale Operativa, che invierà sul luogo il personale qualificato, e ci si asterrà dall'intervenire se non certi della sicurezza della scena.

## **2. CONTROLLI**

### **2.1 Eseguire la preparazione, l'alloggiamento e la verifica dell'attrezzatura e del materiale dell'ambulanza**

L'ambulanza deve essere sempre pronta ad affrontare qualsiasi situazione che si presenti durante il servizio.

All'inizio di ogni turno (o, comunque, ad ogni cambio turno) è necessario:

- Controllare lo stato meccanico del mezzo (Check-list mezzo meccanico)
- Livello di benzina
- Stato di carica della batteria
- Impianto elettrico esterno (luci, frecce, lampeggianti, ecc..)
- Impianto elettrico interno (luci della cellula sanitaria)
- Integrità della carrozzeria
- Perfetto funzionamento di portiere, portelloni, agganci della barella, ecc..
- Presenza di eventuali segnalazione di anomalie (spie luminose e/o acustiche)

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 123 di 524</b></p>
---	---	---

Necessità di segnalare i problemi riscontrati che non possono essere risolti immediatamente, utilizzando apposita modulistica e firma leggibile.

## 2.2 Identificare le situazioni a rischio infettivo

- ✓ trasporti a rischio infettivo
- ✓ trasporto di soggetti con perdita di sangue
- ✓ presenza, nella cellula sanitaria, di liquidi organici
- ✓ sospetto di malattie infettive

### **Sono ad ALTO RISCHIO INFETTIVO**

Sangue, Feci, Saliva, Liquido cerebro-spinale (liquor), Sperma, Secrezioni vaginali, Altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità evidente.

### **Sono a BASSO o NULLO RISCHIO:**

Secrezioni nasali, Sudore, Lacrime, Vomito

Altri liquidi biologici (liquido amniotico, peritoneale, pleurico, pericardico e sinoviale, urine) sono normalmente sterili, ma in certe patologie (ad es. urine in caso di infezione urinaria, liquido pleurico in presenza di tbc, ecc..) possono essere ad alto rischio infettivo.

### **Ogni utente trasportato è da considerarsi a potenziale rischio infettivo**

Il rischio infettivo per i soccorritori è uno dei più importanti rischi professionali.

Per tale motivo, le MISURE DI PREVENZIONE devono sempre essere adottate nei confronti dei materiali biologici: sangue, feci, urine, espettorato, saliva, sudore, vomito.

USARE MISURE DI BARRIERA: guanti. Quando si prevedono schizzi di sangue o altri liquidi utilizzare anche mascherine, occhiali, tute.

Le PRECAUZIONI UNIVERSALI per la protezione del personale includono: il buon senso (primo presidio!), l'uso dei mezzi barriera (guanti e mascherine) ed il corretto lavaggio delle mani (vedi allegato, per la tecnica di lavaggio).


L'operatore deve essere in grado di riconoscere il reale rischio infettivo legato ad ogni singolo servizio. La tabella 1, presentata nell'appendice, sintetizza le vie di trasmissione e le misure di prevenzione essenziali delle principali malattie infettive.

## 3. CONTROLLO AMBULANZA

L'autista deve ***mantenere in efficienza l'ambulanza dopo aver espletato un servizio***

a. Attività da compiere per essere operativi subito dopo l'arrivo a destinazione. utilizzando guanti nuovi collaborare nel:

- ✓ ripristinare la barella, lenzuola, telo, coperta e cuscino

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 124 di 524</b></p>
---	---	--

- ✓ ripulire l'abitacolo da sangue, vomito, liquidi, fango, ecc.
- ✓ raccogliere e gettare materiale usato: garze, medicazioni, materiale monouso aperto
- ✓ areare il vano sanitario

#### b. Smaltimento dei rifiuti

Rifiuti potenzialmente infetti: tutto ciò che è entrato in contatto con i liquidi biologici del paziente (guanti sporchi di liquidi biologici, maschere ossigeno, sondini,

cannule, garze, bende, ecc..) vanno smaltiti come rifiuti ospedalieri infetti

Rifiuti non infetti: ad esempio materiale monouso aperto ma non utilizzato, guanti non sporchi di materiale biologico, fogli di annotazione, rifiuti vari (cartacce, lattine..) vanno smaltiti come rifiuti ordinari, quindi eliminati normalmente

## 4. ESEGUIRE IL RIORDINO E LA DETERSIONE DELLA CELLULA SANITARIA

***Si ritiene opportuno specificare i termini di principale uso nel punto:***

- **Deterzione** Pulizia dallo sporco grossolano e dalla polvere, utilizzando acqua e detersivi (anionici)
- **Disinfezione** Eliminazione di tutti i microrganismi patogeni (virus, batteri, ecc..). Si effettua con ipoclorito di sodio (varechina, candeggina, antisapril diluito), evitando il contatto con la pelle (guanti) e con acqua fredda (per evitare vapori tossici)
- **Sterilizzazione** Eliminazione di tutti i microrganismi (patogeni e non patogeni)

### 4.1. DETERSIONE E DISINFEZIONE DELLA CELLULA SANITARIA

***Materiali:***

- ✓ · guanti in gomma;
- ✓ · scopa in nylon;
- ✓ · sistema MOP (2 secchi di colore diverso uno per soluzione detergente e uno per acqua pulita);
- ✓ · 1 panno in TNT o spugna preferibilmente monouso;
- ✓ · detergente disinfettante;

***Modalità di pulizia dell'ambulanza:***

- I. allestire i due secchi del MOP, uno con acqua pulita e l'altro con acqua più detergente disinfettante;
- II. indossare i guanti in gomma;
- III. rimuovere la biancheria sporca (sostituire lenzuola e federe dopo ogni intervento), raccogliere e gettare negli appositi contenitori di rifiuti il materiale utilizzato (garze, medicazioni, confezioni sterile aperte e non usate);

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 125 di 524</b></p>
---	---	---

- IV. con panno o spugna imbevuta di soluzione detergente lavare il materassino, il cuscino della barella, tutte le suppellettili, le superfici interne e le attrezzature dell'ambulanza (risciacquando frequentemente la spugna nell'acqua pulita);
- V. eseguire disinfezione di tutte le attrezzature (barelle, sedie, steccobende, collari, teli, ecc.), mediante panno o spugna imbevuta di soluzione disinfettante e lasciare agire per 10-20 minuti; utilizzare spazzolini per frizionare e pulire le parti meno accessibili;
- VI. passare il panno lavasciuga per sciacquare ed asciugare le superfici trattate;
- VII. eseguire detersione del pavimento; areare il mezzo;
- VIII. vuotare l'acqua dai 2 secchi, lavarli ed asciugarli; disinfettare frange del MOP in soluzione al cloro e lavarle;
- IX. detergere le spugne ed i panni multiuso e disinfettarli mediante immersione in soluzione a base di cloro per almeno 30 minuti; se possibile, usare spugne e stracci monouso;
- X. lavarsi accuratamente ed abbondantemente le mani dopo qualsiasi servizio;
- XI. cambiarsi se gli indumenti sono sporchi; se possibile, utilizzare camici monouso

**Attenzione:**

*In caso di superfici visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito, ecc..) si deve procedere alla decontaminazione:*

- ✓ indossare guanti e mascherina di protezione;
- ✓ utilizzare candeggina pura, lasciandola agire 15 minuti ed asportare con panno monouso tutti i residui;
- ✓ le soluzioni a base di cloro, se usate frequentemente, possono provocare corrosione di oggetti e superfici metalliche, pertanto, dopo la disinfezione, occorre rimuovere i residui del prodotto dalle superfici.

**Quando effettuare disinfezione della cellula sanitaria?**

- 1) Dopo un trasporto a rischio infettivo
- 2) Periodicamente almeno una volta ogni 30 giorni

La documentazione dell'avvenuta disinfezione deve essere conservata insieme a quella dell'ambulanza. Opportuno stilare un foglio viaggio a km 0 ove il disinfettore certifica quanto fatto.

**4.2. DETERSIONE E DISINFEZIONE DEL MATERIALE SANITARIO NON MONOUSO**

**Il materiale sanitario non monouso** (stecche, tavola spinale, cintura per barelle, aspiratore, ecc..) deve essere prima pulito da tutte le tracce di materiale organico, lavandolo con detergente anionico a bassa schiumosità



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 126 di 524</b></p>
---	---	---

e, successivamente, sottoposto a disinfezione. I materiali che vengono a contatto con cute intatta richiedono una disinfezione di basso livello (sali di ammonio quaternario; vedi tabella 2 e tabella 3). Il materiale, invece, che viene a contatto con materiale potenzialmente infettivi richiede una disinfezione di alto livello (composti del cloro).

Se sul materiale è presente sangue in quantità rilevanti, è necessario provvedere ad una iniziale disinfezione, prima della deterzione, mediante cloro attivo ad una diluizione dello 0,5% (candeggina pura), utilizzando acqua fredda o tiepida (non calda, per evitare vapori tossici).

La disinfezione si effettua, preferibilmente, per immersione; nel caso in cui non fosse possibile, è necessario mantenere le superficie bagnate per un tempo sufficiente (10-20 minuti), risciacquando poi abbondantemente. I contenitori utilizzati per deterzione e disinfezione devono essere riservati a questi scopi e devono essere essi stessi disinfettati dopo ogni utilizzo.

**RICORDA:** prima deterzione (lavaggio), poi disinfezione! Sempre!

Al termine delle operazioni, gli oggetti devono essere lavati abbondantemente.

I composti del cloro sono a basso costo, facili da usare ed efficaci (su batteri, virus, miceti..), l'unico inconveniente è dato dall'azione corrosiva sui metalli e sulla veloce deteriorabilità della soluzione.

I **materiali metallici** che non possono essere messi a contatto con composti del cloro devono essere detersi (con accurata spazzolatura) e disinfettati, sempre mediante immersione, con altri prodotti, quali i sali di ammonio quaternario (cloruro di benzalconio), utilizzando, in questo caso, acqua calda, per aumentarne l'efficacia). Anche nel caso delle barelle in metallo è possibile utilizzare sali di ammonio quaternario che, però, ha uno spettro di azione più ridotto.

## **COSA FARE IN CASO DI GUASTO DELL'AMBULANZA?**

1. Il problema viene identificato dall'Autista di turno;
2. lo stesso Autista comunicherà la tipologia e l'entità del danno stilando apposita modulistica e comunicherà il fermo tecnico alla Caposala e/o al Direttore dell'U.O., immediatamente in caso di blocco del servizio, ovvero lasciando consegna di avvertire alla prima presenza in servizio degli stessi.

## **APPENDICE**

### **INFEZIONI**

Vengono riportate alcune nozioni fondamentali circa le malattie infettive e le modalità di diffusione e prevenzione delle stesse.

#### **Epidemiologia delle malattie infettive**

Le fonti di infezione più importanti sono l'uomo e l'animale. Possiamo distinguere:

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 127 di 524</b></p>
---	---	---

**Portatore sano:** è l'individuo che ospita nel suo organismo il microrganismo patogeno senza avere segni di malattia (una delle fonti più pericolose, perchè non avendo sintomi è molto difficile da individuare)

**Portatore precoce:** è l'individuo nel periodo che intercorre tra il contagio e la comparsa della malattia (incubazione della malattia)

**Portatore ammalato:** è l'individuo durante la malattia (fonte pericolosa di contagio, ma facilmente individuabile)

**Portatore convalescente:** è l'individuo clinicamente guarito, ma che continua ad eliminare i microrganismi patogeni

**Portatore cronico:** l'individuo guarisce, ma accade talora che continui ad eliminare i microrganismi patogeni, anche per tutta la vita.

**Vie di eliminazione dei microrganismi:** respiratoria, intestinale, urinaria, cutanea, ematica.

**Vie di penetrazione dei microrganismi:** respiratoria, digerente, genito-urinaria, cutanea.

### **Modalità di trasmissione delle malattie infettive**

**Trasmissione diretta:** avviene per contatto diretto. Tramite, cioè, baci, morsi, rapporti sessuali, strette di mano, o per la diffusione diretta di goccioline di saliva alle mucose di cavo orale, nasale o congiuntivale, come si verifica con il parlare, tossire, starnutire, cantare.

#### **FONTE OGGETTO**

**Trasmissione indiretta:** avviene per l'intervento di uno o più veicoli o vettori.

#### **FONTE VEICOLO / VETTORE OGGETTO**

**Veicoli e vettori:** se il microrganismo patogeno sopravvive nell'ambiente al di fuori dell'organismo umano, può essere trasferito dalla fonte all'oggetto di infezione mediante mezzi animati od inanimati

**Veicoli:** aria, suolo, acqua, alimenti, le mosche, le mani; particolare importanza in ambito sanitario assumono: pavimenti, mobili, tavoli, biancheria ed effetti lettereschi, rifiuti sanitari, liquidi biologici.

**Vettori:** sono in genere insetti (zanzare, pidocchi, zecche,...) in cui si compie una fase del ciclo biologico dell'agente infettante; i vettori sono, quindi, una fase di passaggio obbligato della catena epidemiologica.

### **Profilassi delle malattie infettive**

Si distingue:

**profilassi indiretta:** mira al miglioramento delle condizioni di vita dell'uomo, allo scopo di limitare il rischio delle infezioni ed infestazioni (igiene del suolo, degli alimenti, smaltimento rifiuti, ecc.);

**profilassi diretta:** è l'insieme dei provvedimenti che si adottano in caso di malattia infettiva, al fine di evitarne la propagazione (denuncia, isolamento, DISINFEZIONE, disinfestazione, ecc.);


<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 128 di 524</b></p>
---	---	---

**profilassi specifica:** è rivolta contro le malattie infettive contagiose e non contagiose; mira a fornire all'organismo uno stato di protezione, più o meno duraturo (immunoprofilassi attiva e passiva, chemioprofilassi).

### LA TECNICA DI LAVAGGIO DELLE MANI

- con **sapone semplice:** rimozione meccanica della flora batterica superficiale
- con **sapone antisettico** (a base di clorexidina, composti dell'ammonio quaternario, etc.):  
rimozione della flora batterica profonda
  - bagnare le mani con acqua corrente
  - applicare il sapone liquido nel cavo delle mani bagnate (Neoxidina 4% mani, Betadine chirurgico..)
  - insaponare bene e frizionare vigorosamente (per almeno 2 minuti nella disinfezione chirurgica delle mani, 1 minuto in quella igienica)
  - sciacquare abbondantemente con acqua e lasciare il rubinetto aperto
  - asciugare con carta a perdere
  - chiudere il rubinetto con un tovagliolo di carta a perdere (in alternativa, uso di rubinetti a leva chirurgica o dotati di comando non manuale – es. pedale)

Tabella 1.		
<p><b>Via di trasmissione AEREA</b></p> <p><b>Igiene</b> Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie</p> <p><b>Vaccini</b> TBC/meningite meningococcica</p> <p><b>Profilassi post- esposizione</b> Meningite meningococcica</p> <p><b>OROFECALE</b></p> <p><b>Batteri</b></p>	<p><b>Batteri</b> Meningite da meningococco TBC</p> <p><b>Virus</b> Morbilli Varicella Parotite Rosolia Influenza Salmonella Gastroenteriti</p> <p><b>Virus</b> Epatite A Poliomelite</p> <p><b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti</p> <p><b>Vaccini</b> Epatite A</p> <p><b>PARENTERALE</b></p>	<p>Disinfettare superficie sporche di sangue</p> <p><b>Vaccini</b> Epatite B (HBV)</p> <p><b>Profilassi post- esposizione</b> HIV</p> <p><b>PER CONTATTO</b></p> <p><b>Batteri</b> Tetano</p> <p><b>Ectoparassiti</b> Scabbia Pidocchi</p> <p><b>Virus</b> Verruche</p> <p><b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto)</p>

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 129 di 524</b></p>
---	---	---

	<p><b><i>Virus</i></b> Epatite B/ Epatite C HIV / AIDS <b><i>Igiene</i></b> Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare “schizzi”</p>	<p><b><i>Vaccini</i></b> Tetano <b>PATOLOGIE PREVENZIONE</b></p>
<p><b>Via di trasmissione AEREA</b> <b><i>Batteri</i></b> Meningite da meningococco TBC <b><i>Virus</i></b> Morillo Varicella Parotite Rosolia Influenza <b><i>Igiene</i></b> Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie <b><i>Vaccini</i></b> TBC/meningite meningococcica <b><i>Profilassi post-esposizione</i></b> Meningite meningococcica <b>OROFECALE</b> <b><i>Batteri</i></b></p>	<p>Salmonella Gastroenteriti <b><i>Virus</i></b> Epatite A Poliomelite <b><i>Igiene</i></b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti <b><i>Vaccini</i></b> Epatite A <b>PARENTERALE</b> <b><i>Virus</i></b> Epatite B Epatite C HIV / AIDS <b><i>Igiene</i></b> Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare “schizzi”</p>	<p>Disinfettare superficie sporche di sangue <b><i>Vaccini</i></b> Epatite B (HBV) <b><i>Profilassi post-esposizione</i></b> HIV <b>PER CONTATTO</b> <b><i>Batteri</i></b> Tetano <b><i>Ectoparassiti</i></b> Scabbia Pidocchi <b><i>Virus</i></b> Verruche <b><i>Igiene</i></b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) <b><i>Vaccini</i></b> Tetano <b>PATOLOGIE PREVENZIONE</b></p>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*




**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016**


Pagina 130 di 524

<p><b>Via di trasmissione</b> <b>AEREA</b> <b>Batteri</b> Meningite da meningococco TBC <b>Virus</b> Morillo Varicella Parotite Rosolia Influenza <b>Igiene</b> Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie <b>Vaccini</b> TBC/meningite meningococcica <b>Profilassi post- esposizione</b> Meningite meningococcica</p> <p><b>OROFECAL</b> <b>Batteri</b></p>	<p>Salmonella Gastroenteriti <b>Virus</b> Epatite A Poliomelite <b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti <b>Vaccini</b> Epatite A <b>PARENTERALE</b> <b>Virus</b> Epatite B Epatite C HIV / AIDS <b>Igiene</b> Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare "schizzi"</p>	<p>Disinfettare superficie sporche di sangue <b>Vaccini</b> Epatite B (HBV) <b>Profilassi post- esposizione</b> HIV <b>PER CONTATTO</b> <b>Batteri</b> Tetano <b>Ectoparassiti</b> Scabbia Pidocchi <b>Virus</b> Verruche <b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) <b>Vaccini</b> Tetano <b>PATOLOGIE PREVENZIONE</b></p>
<p><b>Via di trasmissione</b> <b>AEREA</b> <b>Batteri</b> Meningite da meningococco TBC <b>Virus</b></p>	<p>Salmonella Gastroenteriti <b>Virus</b> Epatite A Poliomelite <b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani</p>	<p>Disinfettare superficie sporche di sangue <b>Vaccini</b> Epatite B (HBV) <b>Profilassi post- esposizione</b> HIV</p>

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 131 di 524</b></p>
---	---	---

<p>Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza <b>Igiene</b> Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie <b>Vaccini</b> TBC/meningite meningococcica <b>Profilassi post- esposizione</b> Meningite meningococcica <b>OROFECAL</b> <b>Batteri</b></p>	<p>Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti <b>Vaccini</b> Epatite A <b>PARENTERALE</b> <b>Virus</b> Epatite B Epatite C HIV / AIDS <b>Igiene</b> Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare “schizzi”</p>	<p><b>PER CONTATTO</b> <b>Batteri</b> Tetano <b>Ectoparassiti</b> Scabbia Pidocchi <b>Virus</b> Verruche <b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) <b>Vaccini</b> Tetano <b>PATOLOGIE</b> <b>PREVENZIONE</b></p>
<p><b>Via di trasmissione</b> <b>AEREA</b> <b>Batteri</b> Meningite da meningococco TBC <b>Virus</b> Morbillo Varicella Parotite Rosolia Influenza <b>Igiene</b> Aerare l'ambiente Usare la mascherina: per TBC usare maschera</p>	<p>Salmonella Gastroenteriti <b>Virus</b> Epatite A Poliomelite <b>Igiene</b> Lavarsi bene le mani Usare i guanti Cambiare la biancheria Disinfettare gli oggetti venuti a contatto con le feci dei pazienti <b>Vaccini</b> Epatite A <b>PARENTERALE</b> <b>Virus</b></p>	<p>Disinfettare superficie sporche di sangue <b>Vaccini</b> Epatite B (HBV) <b>Profilassi post- esposizione</b> HIV <b>PER CONTATTO</b> <b>Batteri</b> Tetano <b>Ectoparassiti</b> Scabbia Pidocchi <b>Virus</b> Verruche <b>Igiene</b></p>



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 132 di 524</b>
---	---	--

con filtro FFP2, per SARS usare filtro FFP3 Usare guanti per secrezioni respiratorie <b>Vaccini</b> TBC/meningite meningococcica <b>Profilassi post- esposizione</b> Meningite meningococcica <b>OROFECAL</b> <b>Batteri</b>	Epatite B Epatite C HIV / AIDS <b>Igiene</b> Usare guanti in presenza di sangue Ricordare che cute integra è una barriera Se paziente sanguina molto, indossare mascherina per evitare “schizzi”	Lavarsi bene le mani Usare i guanti Lavare la biancheria usata (mantenerla separata durante il trasporto) Usare camici (se contatto diretto stretto) <b>Vaccini</b> Tetano <b>PATOLOGIE PREVENZIONE</b>
---	---	---

Tabella 2. Disinfezione utilizzando prodotti a base di cloro (economici ed efficaci)						
Concentrazione di Cloro attivo nella candeggina commerciale	Disinfezione a basso livello (0,1% di cloro attivo)			Disinfezione ad alto livello (0,5% di cloro attivo)		
	Volumi di Candeggina	Vol. di H2O2	Volume Totale	Volumi di Candeggina	Vol. di H2O2	Volume Totale
<b>0,5%</b>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>


Tabella 3. Caratteristiche disinfettanti

DISINFETTANTE	LIVELLO DI EFFICACIA	TOSSICITA'	CORROSIONE METALLI
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	3%	basso	bassa
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	40%	alto	media
Alcool Etilico 70%	intermedio	media	molto corrosivo
Formaldeide	alto	molto elevata	corrosivo
Glutaraldeide	alto	elevata	poco corrosivo
Composti del cloro	intermedio	elevata	molto corrosivo
Tintura di iodio	intermedio	massima	molto corrosivo
Iodofori	intermedio – basso	media	
Fenoli	intermedio –	molto elevata	



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 133 di 524</b></p>
---	---	--

	basso		
Ammonio Quat.	intermedio – basso	media	corrosivo
Clorexidina	Intermedio	media	corrosivo

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 134 di 524</b></p>
---	--	--

### Indicatori

1. n. disinfezioni / anno
2. n. pazienti affetti da m. infettive trasportati\*100/n. sanificazioni eseguite al rientro dal trasferimento

### Valori attesi


- 1) >10
- 2) >90%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 135 di 524</b></p>
---	---	--

## CARTA DELLA SALUTE

La salute, riconosciuta come diritto umano fondamentale, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) come “stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità”.

Il diritto alla salute non consiste soltanto nel ricevere un'assistenza sanitaria primaria, ma anche un'adeguata educazione alla salute. In tal modo il cittadino ha la possibilità di partecipare in modo più efficace e consapevole al sistema sanitario e di conoscere, accedere e utilizzare tutte le informazioni che gli consentano di raggiungere una buona qualità della vita.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 136 di 524</b></p>
---	---	--

## PC037 Carta della Salute

### INDICE

	PREFAZIONE DELL'ASSESSORE REGIONALE PER LA SANITÀ PROF. ROBERTO LAGALLA.....	pag.
03		
	CARTA DELLA SALUTE.....	pag.
05		
	IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	pag.
06		
	DIRITTI DEL PAZIENTE.....	pag.
13		
	DOVERI DEL PAZIENTE.....	pag.
18		
	STRUMENTI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE.....	pag.
23		
	RIFERIMENTI UTILI.....	pag.
25		
	NOTE.....	pag.
27		

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 137 di 524</b></p>
---	---	--

## PREFAZIONE

La tutela della salute rappresenta una delle priorità più importanti, probabilmente la più delicata, alle quali è chiamato il servizio pubblico.

Il sistema sanitario italiano - per quanto sottoposto a critiche, talvolta anche giustificate - risulta certamente tra i più avanzati del mondo, assicurando l'universalità delle cure e garantendo livelli qualitativi in grado di rispondere, su tutto il territorio nazionale, alla domanda di salute dei cittadini.

Il profilo epidemiologico della popolazione siciliana non è dissimile da quello del resto del Paese e tale considerazione è sufficiente ad attestare che la funzionalità del Servizio Sanitario Regionale, sebbene sovente esposto a critiche, garantisce un buon livello di assistenza, per quanto lo stesso sia suscettibile di significativi margini di miglioramento nonché meritevole di ulteriori interventi di rimodulazione organizzativa.

Si registra, in Sicilia, un modello sanitario basato prevalentemente sulla centralità delle cure ospedaliere il che genera, con preoccupante frequenza, il ricorso inappropriato alle strutture di ricovero che finiscono così con il vicariare impropriamente funzioni sanitarie che più opportunamente dovrebbero essere assolte dalla medicina territoriale.

Attraverso un'attenta azione di programmazione e il rispetto dei vincoli posti dal "Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario", sottoscritto con il Governo nazionale nel luglio

2007, il Governo della Regione ha posto le basi per intervenire sulla complessiva riorganizzazione del sistema che è chiamato ad affrontare con specifica attenzione alle nuove ed importanti sfide derivanti dalla gestione della cronicità e dalla necessità di potenziare le cure primarie, con particolare riferimento alla medicina distrettuale e alle cure domiciliari.

Del pari, si stanno realizzando concreti interventi a favore dell'area oncologica ma anche nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria che si richiamano rispettivamente al miglioramento degli stili di vita e alla diffusa attuazione delle campagne di screening.

Va maturando finalmente, anche in Sicilia, una diversa sensibilità nei confronti delle problematiche sanitarie che devono essere affrontate nella logica della efficacia, efficienza ed economicità e soprattutto con la massima garanzia di sicurezza per i pazienti.

In questa rinnovata consapevolezza assume un ruolo di straordinaria rilevanza la comunicazione istituzionale e la qualità del rapporto tra strutture ed operatori sanitari, da un lato, e i cittadini-utenti, dall'altro; questi ultimi hanno il diritto di accedere, con soddisfazione e tempestivo riscontro, ai servizi assistenziali ma, al tempo stesso, attraverso un adeguato processo di informazione e sensibilizzazione, non possono disconoscere che i consumi sanitari incidono in misura determinante sulle risorse pubbliche


<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 138 di 524</b></p>
---	---	---

che devono essere opportunamente ma oculatamente impegnate a sostegno del “welfare”.

Anche in sanità si apre, dunque, una stagione nella quale, in un compiuto e moderno esercizio della cittadinanza attiva, viene richiesta all'utente la condivisione di una nuova filosofia dei diritti e dei doveri, intendendo per questi ultimi il rispetto dovuto ad un bene comune, utile a garantire la salute di tutti.

Nell'ambito di questa rinnovata cultura della sanità pubblica, si inserisce la presentazione di questo opuscolo che costituisce il primo tempo di una comunicazione istituzionale rivolta ai cittadini e agli operatori, orientata ad indicare ai primi la via della partecipazione responsabile alla fruizione della sanità pubblica e ai secondi la necessità di adottare, nell'esercizio delle funzioni assistenziali, le migliori pratiche sanitarie e relazionali che garantiscano la sicurezza del paziente e la qualità del rapporto con l'utenza.

Prof. Roberto Lagalla  
Assessore Regionale per la Sanità

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 139 di 524</b></p>
---	---	--

## CARTA DELLA SALUTE


La salute, riconosciuta come diritto umano fondamentale, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) come “stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità”.

Il diritto alla salute non consiste soltanto nel ricevere un'assistenza sanitaria primaria, ma anche un'adeguata educazione alla salute. In tal modo il cittadino ha la possibilità di partecipare in modo più efficace e consapevole al sistema sanitario e di conoscere, accedere e utilizzare tutte le informazioni che gli consentano di raggiungere una buona qualità della vita.

La Carta della Salute, diretta agli utenti del Servizio Sanitario Regionale, si pone come strumento di:

- informazione: descrive il funzionamento e l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso ed i livelli di assistenza garantiti;
- guida: individua i principali diritti del paziente ed alcuni doveri per un corretto uso delle prestazioni sanitarie;
- tutela: indica gli strumenti che l'utente ha a disposizione per tutelare i propri diritti.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 140 di 524</b></p>
---	---	---

## IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

### COSA È IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il Servizio Sanitario Regionale è l'insieme delle strutture, delle funzioni e delle attività che, nell'ambito del territorio regionale, garantiscono a tutti i cittadini la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Il funzionamento e l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale sono disciplinati dal Piano Sanitario Regionale, il quale presenta gli interventi che la Regione intende realizzare per garantire il diritto alla salute dei cittadini. Regola altresì il funzionamento dei servizi sanitari idonei a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. In particolare il Piano Sanitario Regionale:

- definisce i modelli organizzativi delle Aziende Unità Sanitaria Locale (AUSL) e delle aziende ospedaliere, tenendo conto delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse disponibili;
  - individua i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
  - disciplina a livello territoriale e operativo la rete per l'emergenza ed il servizio 118;
  - fissa gli obiettivi regionali di salute e stanziare le risorse da destinare alla spesa sanitaria.

### ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il Servizio Sanitario Regionale è composto da:

- 9 AUSL;
- 17 Aziende Ospedaliere;
- 3 Aziende Ospedaliere Universitarie;
- 1 Ospedale Classificato 1 ;
- Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione - ISMETT;
- 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS;
- Fondazione Istituto San Raffaele G. Giglio di Cefalù;
- 58 Case di cura accreditate, di cui 3 di Alta Specialità;
- Strutture specialistiche e strutture residenziali e semiresidenziali accreditate.

Il Servizio Sanitario Regionale comprende anche le farmacie pubbliche e private, che assicurano l'assistenza farmaceutica territoriale.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 141 di 524</b></p>
---	---	---

1 Gli ospedali classificati sono strutture sanitarie che, pur non essendo di proprietà pubblica, sono equiparate agli erogatori pubblici.

## ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono: le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

- Le AUSL garantiscono l'omogeneità dell'assistenza nelle diverse aree del territorio regionale. Esse si occupano di aspetti organizzativi e gestionali della sanità e dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione. Il loro compito è quello di garantire la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza fissati dalla Regione.

Le AUSL sono articolate in distretti che rappresentano il livello locale di governo socio-sanitario. Esse assicurano i servizi di assistenza primaria, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri.

I distretti sanitari in Sicilia sono 62 e le loro attività principali sono:

- assistenza primaria: medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva;
- assistenza specialistica ambulatoriale: prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate attraverso i medici specialisti convenzionati interni o acquisite tramite le strutture convenzionate esterne accreditate;
- attività consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività di assistenza domiciliare integrata e attività rivolte a persone con disabilità, anziani o malati in fase terminale;
- attività per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- attività di medicina legale, fiscale e necroscopica;
- attività di educazione alla salute;
- assistenza farmaceutica.

- Le aziende ospedaliere forniscono assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico-terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale.

## I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- Il medico di medicina generale (comunemente chiamato medico di famiglia) e il pediatra di libera scelta sono individuati da ciascun cittadino per l'assistenza di primo livello. Essi sono il primo interlocutore dei pazienti e ne tutelano la salute attraverso interventi di informazione, prevenzione,

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 142 di 524</b></p>
---	---	--

cura e riabilitazione, guidandoli nell'uso dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Regionale.

L'assistenza primaria prestata da medici di famiglia e pediatri di libera scelta avviene tramite:

visite ambulatoriali: le ore di ricevimento devono essere congrue e proporzionate al numero di assistiti. Lo studio deve essere aperto per cinque giorni la settimana, fatte salve particolari modalità organizzative. Gli orari di apertura devono essere esposti all'ingresso. Nel caso in cui si assenti, il medico deve garantire l'apertura dell'ambulatorio, affidandolo ad un sostituto;

visite domiciliari: sono effettuate quando l'assistito, a causa delle sue condizioni di salute e su valutazione del medico stesso, è impossibilitato a recarsi presso lo studio del professionista. Le visite domiciliari richieste, di norma, devono essere eseguite con le seguenti modalità:

- > nella stessa giornata, se la richiesta è pervenuta entro le ore 10.00;
- > entro le ore 12.00 del giorno successivo, se la richiesta è pervenuta dopo le ore 10.00;

- > la chiamata urgente sarà comunque soddisfatta nel più breve tempo possibile.

Le altre prestazioni del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta:

- tenuta della scheda sanitaria del paziente;
- prescrizione di farmaci;
- richiesta di visite ed esami specialistici;
- prescrizione di cure termali;
- rilascio di certificati obbligatori per la riammissione all'asilo nido e a scuola;
- rilascio di certificati di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche;
- rilascio di certificati medici per i lavoratori dipendenti;
- richiesta di ricovero ordinario o diurno presso strutture del Servizio Sanitario Regionale (se ritenuto opportuno e nell'interesse del proprio assistito).

Per scegliere il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, il cittadino si deve recare presso gli Uffici Anagrafe della AUSL di residenza. In qualunque momento l'assistito può modificare la sua scelta.

- La guardia medica o servizio di continuità assistenziale è quel servizio organizzato dalle AUSL con l'obiettivo di garantire le prestazioni urgenti solitamente fornite dal medico di medicina generale o dal pediatra di

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 143 di 524</b></p>
---	---	--

libera scelta. La guardia medica opera durante le ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi. In particolare:

- dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali;
- dalle ore 10.00 del sabato o di altro giorno prefestivo alle ore 8.00 del lunedì o, comunque, del giorno successivo al festivo;
- nei giorni festivi, 24 ore su 24.

L'accesso alle prestazioni del servizio avviene di norma recandosi direttamente presso la sede della guardia medica del proprio distretto di residenza. E' possibile contattare telefonicamente il servizio. In caso di necessita, possono rivolgersi alle sedi del servizio anche coloro che sono temporaneamente fuori dal proprio distretto di residenza.

Il medico di guardia ha inoltre il compito di:

prescrivere farmaci per terapie d'urgenza nella quantità sufficiente a coprire un ciclo di terapia non superiore alle 48/72 ore;

- rilasciare certificati medici, se richiesto dopo la visita, per giustificare un'assenza dal lavoro per un periodo massimo di tre giorni;
- proporre o disporre il ricovero ospedaliero.
- Il poliambulatorio o centro sanitario è una struttura che fornisce varie prestazioni sanitarie di tipo specialistico o diagnostico.
- Il consultorio familiare è un servizio socio sanitario pubblico e gratuito rivolto alla famiglia, alla coppia e al singolo. L'accesso è diretto e non è dunque necessaria la prescrizione del medico di famiglia. Esso si occupa di erogare servizi non soltanto diretti alle cure, ma soprattutto alla prevenzione, nell'ambito di una più ampia azione di informazione ed educazione sanitaria.

Le sue attività principali sono:

- informazione sui diritti della donna in materia di tutela sociale della maternità;
- informazione sui servizi sociali, sanitari, assistenziali pubblici e privati operanti sul territorio, sulle prestazioni e sulle modalità per accedervi;
- attività di informazione e consulenza sui temi della sessualità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la procreazione responsabile, la consulenza e la somministrazione di contraccettivi, l'informazione e la consulenza sulla regolazione e il controllo della fertilità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la tutela della gravidanza e della maternità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale per le donne e le coppie che chiedono l'interruzione volontaria di gravidanza;
- consulenza per la diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale e delle malattie a trasmissione sessuale;
- consulenza per le problematiche della pubertà e della menopausa;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 144 di 524</b></p>
---	---	---

- assistenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, per problemi di separazione e divorzio anche in riferimento alla consulenza sul diritto di famiglia;

- assistenza, al singolo e alla coppia, in riferimento a difficoltà di ordine sessuale e assistenza alla donna per problemi di violenza sessuale;

- assistenza psicologica e sociale nei confronti di minorenni che intendono contrarre matrimonio;

- consulenza agli adolescenti;

- attività di informazione, di educazione alla salute e di preparazione al parto.

- L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è l'insieme di interventi di tipo medico, infermieristico e riabilitativo offerti a persone non autosufficienti.

Comprende prestazioni:

- mediche e specialistiche: il servizio domiciliare deve fare riferimento ai servizi della medicina di base e specialistica delle AUSL competenti per territorio;

- infermieristiche: controllo diurno e notturno delle terapie, dell'assunzione dei farmaci e della situazione clinica in stretto collegamento con il medico di famiglia, effettuazione o cambio di medicazioni, assistenza in fase acuta di malattia, prelievi per esami clinici;

- riabilitative e di recupero psico-fisico: provvedimenti finalizzati al recupero dei deficit di natura fisica, psicomotoria e del linguaggio.

- Le residenze sanitarie assistenziali sono delle strutture extra ospedaliere per anziani prevalentemente non autosufficienti e disabili non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui. Sono finalizzate a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.

- **Il pronto soccorso è un servizio di emergenza e urgenza operante in presidi ospedalieri 24 ore su 24.**

- Il servizio di urgenza ed emergenza sanitaria è un sistema di allarme dotato di un numero telefonico unico (118), di accesso breve, universale e diretto. E' costituito da:

- una centrale operativa, con compiti di valutazione e di allerta del sistema;

- un sistema territoriale di emergenza in grado di garantire l'intervento di soccorso, di salvaguardia e stabilizzazione delle funzioni vitali ed il trasporto nel minor tempo possibile nella rete ospedaliera qualificata e attrezzata per affrontare e risolvere la situazione di urgenza e/o emergenza;

- una rete ospedaliera e territoriale dotata di strutture dedicate al pronto soccorso, all'accettazione ed al successivo trattamento dello stato di urgenza e/o emergenza.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 145 di 524</b></p>
---	---	--

Il sistema deve garantire un intervento tempestivo e qualificato nei casi di:

- **urgenza:** è quella condizione che richiede il trattamento entro un lasso di tempo più o meno breve, trascorso il quale può essere compromesso il risultato del trattamento e, talvolta, la vita del paziente;
- **emergenza:** comprende tutte quelle patologie che mettono in imminente pericolo la vita del paziente.

Nel momento in cui si presenta un'urgenza o un'emergenza il cittadino può comporre da un qualsiasi telefono, pubblico o privato, il numero gratuito 118.

- Il ricovero ospedaliero si distingue in:
  - ricovero di urgenza/emergenza: è disposto dal pronto soccorso dell'ospedale;
  - ricovero ordinario/programmato: è disposto dal medico della struttura ospedaliera o, quello programmato, anche dal medico di famiglia o da un medico specialista;
  - ricovero in day hospital: è finalizzato all'effettuazione di prestazioni di carattere diagnostico-terapeutico e riabilitativo. Può limitarsi ad una sola giornata o può protrarsi per diverse giornate (cicli di ricovero), anche non continuative, con interruzione notturna. Le modalità di accesso al ricovero in regime di day hospital sono le stesse del ricovero ordinario;
  - ricovero in day surgery: è finalizzato all'esecuzione di interventi chirurgici o di procedure diagnostiche e terapeutiche. Ha durata inferiore a 12 ore, ma può protrarsi fino alle 24 ore, includendo anche la notte, nei casi di necessità;
  - ricovero in lungodegenza medica: è un ricovero di lunga durata per malattie in una fase non acuta, il cui trattamento necessita di assistenza sanitaria continua e costante. Alla lungodegenza si può accedere tramite richiesta del medico di medicina generale o per trasferimento diretto dai presidi ospedalieri;
  - ricovero nelle case di cura accreditate: è sufficiente la richiesta del medico di famiglia, come per il ricovero ordinario.
  - L'attività intramuraria consiste in prestazioni professionali svolte da medici e personale sanitario, al di fuori dell'orario di servizio e all'interno delle strutture ospedaliere. È un'attività a pagamento che si affianca alle prestazioni ospedaliere.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 146 di 524</b></p>
---	---	---

## DIRITTI DEL PAZIENTE

La consapevolezza dei propri diritti nei confronti del servizio sanitario è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto alla salute e garantire il raggiungimento di un "alto livello di protezione della salute umana".

L'esistenza di tali diritti deve condurre, sia i cittadini che gli altri attori del Sistema Sanitario Regionale, a porre in essere ogni azione necessaria ad attuarli e a far sì che la salute si realizzi come diritto dell'individuo e interesse della collettività.

### CURE MEDICHE

- Il cittadino ha diritto di usufruire della prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche di qualità, adeguate al proprio stato di salute;
- Ogni paziente ha diritto ad essere assistito e curato con premura ed attenzione nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni religiose e filosofiche.

### INFORMAZIONE

- Il cittadino deve ricevere le informazioni relative alle prestazioni fornite dalla struttura sanitaria e alle modalità per accedervi;

2 L'elencazione che segue non ha pretese esaustive.

- Il medico deve fornire al paziente informazioni complete e comprensibili sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, nonché circa le prevedibili conseguenze delle scelte operate.

### LA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

Le strutture erogatrici di servizi sanitari (AUSL e aziende ospedaliere) elaborano la Carta dei Servizi, un documento programmatico che, fra l'altro, contiene le seguenti informazioni:

- servizi offerti e modalità di erogazione;
- impegni in merito alla qualità dei servizi;
- metodo di verifica e controllo degli impegni assunti;
- forme di tutela per i cittadini-utenti

### CONSENSO

- Il paziente deve ricevere le informazioni che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato prima di essere sottoposto a interventi diagnostico-terapeutici; tali informazioni devono riguardare anche i possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento;



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 147 di 524</b></p>
---	---	---

- Quando in ragione di una situazione d'urgenza, nella quale il ritardo possa comportare pericolo per la salute del paziente, e il consenso appropriato non può quindi essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per la tutela della salute della persona interessata;

- I desideri precedentemente espressi da parte del paziente a proposito di un intervento medico, saranno tenuti in considerazione - ove possibile - anche se al momento dell'intervento stesso egli non sia più in grado di confermare la propria volontà.

#### PRIVACY

- Al cittadino che entra in contatto con medici e strutture sanitarie per cure, prestazioni mediche, acquisto di farmaci e operazioni amministrative, deve essere garantita la più assoluta riservatezza e dignità. Per questa ragione:

- se un cittadino viene portato in pronto soccorso o viene ricoverato, l'organismo sanitario può dare informazioni sul suo passaggio o la sua permanenza solo ai parenti, conviventi, conoscenti e personale volontario. Se l'interessato è cosciente e capace, deve essere preventivamente informato e poter decidere a chi può essere comunicata la notizia;

- disabili, anziani, minori e pazienti soggetti a trattamenti medici invasivi hanno diritto ad una particolare attenzione. Nei reparti di rianimazione, durante l'orario di visita, devono essere adottati accorgimenti, anche provvisori, per limitare la visibilità del malato ai soli familiari e conoscenti;

- nei reparti non possono essere affisse le liste dei pazienti in attesa di intervento;

- non devono essere resi visibili ad estranei documenti sulle condizioni del malato, come le cartelle infermieristiche poste vicino al letto di degenza;

- per garantire la riservatezza dei colloqui, presso gli sportelli degli ospedali e delle AUSL o nelle farmacie, devono essere previsti appositi spazi, opportunamente segnalati, oltre i quali gli utenti possano attendere il proprio turno;

- i referti diagnostici, le cartelle cliniche, i risultati delle analisi e i certificati possono essere rilasciati anche a persone diverse dai diretti interessati, purché munite di delega scritta;

- nelle sale d'aspetto il paziente deve essere avvisato del proprio turno, senza che il suo nome venga divulgato ad alta voce. Occorre adottare soluzioni alternative, come, ad esempio, l'attribuzione di un codice di prenotazione;

- ogni dato relativo allo stato di salute del paziente è coperto dal segreto professionale.

#### DONNE E GRAVIDANZA

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 148 di 524</b></p>
---	---	--

- La donna italiana o straniera ha il diritto ad essere aiutata e informata sul fatto che può partorire senza riconoscere il figlio e senza che il suo nome compaia sull'atto di nascita;
- La donna ha il diritto ad una rigorosa protezione del segreto del suo nome qualora non voglia riconoscere il figlio;
- La volontà della donna di non riconoscere il bambino deve essere rispettata.

#### LA CULLA PER LA VITA

La culla per la vita è lo strumento attraverso il quale le madri, impossibilitate a tenere il bambino, possono lasciarlo, in completo anonimato, tutelando la salute del neonato e nel pieno rispetto della legalità. La culla è costantemente vigilata attraverso un sistema di video-sorveglianza collegato alle Centrali Operative del 118. Ciò consente l'immediato intervento dell'Unità Mobile nel caso di un bambino posto nella culla. In Sicilia sono state attivate due "culle", una a Palermo e l'altra a Paternò (CT). A Palermo la culla si trova presso le Figlie della Carità, in via Noce, accanto al n. 28; a Paternò la struttura è situata presso la sede dell'Associazione Famiglie di Terra Santa, in via Vittorio Emanuele 357.


Per informazioni è possibile contattare il numero verde 800813000

#### SOGGETTI DEBOLI

- I cittadini disabili hanno diritto all'eliminazione delle barriere architettoniche;
- I pazienti non autosufficienti devono ricevere un'assistenza adeguata da parte del sistema sanitario;
- Ai minori ricoverati devono essere garantite:
  - la presenza in ospedale dei genitori, o di altre persone dagli stessi autorizzati, per permettere la continuità nelle relazioni affettive ed emotive con la famiglia;
  - una continuità di assistenza da parte dell'équipe ospedaliera pediatrica;
  - un'informazione corretta, completa e adeguata alle capacità di comprensione del minore e dei genitori, sulle procedure diagnostiche e sulle condotte terapeutiche che i sanitari intendono attuare;
  - aree di degenza specificamente strutturate, spazi per il gioco e lo studio, necessari allo sviluppo psicologico, cognitivo e sociale del minore.

#### CITTADINI EXTRACOMUNITARI

- Ai cittadini extracomunitari sono garantite:
  - le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali in caso di malattia ed infortunio;
  - gli interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 149 di 524</b></p>
---	---	---

Presso ogni AUSL ed ogni Azienda ospedaliera è attivo un Servizio di accoglienza che garantisce le prestazioni sanitarie di primo livello e, se necessario, fornisce assistenza e supporto per il ricovero.

#### QUALITA' DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

- Il cittadino ha diritto alla sicurezza e alla qualità dei servizi;
- Le prestazioni sanitarie devono essere fornite da personale competente e qualificato;
- Le strutture e le strumentazioni sanitarie devono essere adeguate al tipo di prestazione o di servizio erogati.

#### LA TESSERA SANITARIA

La Tessera Sanitaria è una tessera personale, valida sull'intero territorio nazionale, che ha la funzione di Codice Fiscale e di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e sostituisce il modello cartaceo E111 per l'accesso ai servizi sanitari nei paesi dell'Unione Europea, in Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera.

In Sicilia, la Tessera Sanitaria è anche Carta Regionale dei Servizi (CRS), poiché è stata dotata di un microprocessore che, oltre a contenere i dati del cittadino, renderà possibile l'accesso a nuovi servizi che utilizzano le tecnologie informatiche. La Regione siciliana, infatti, sta lavorando, sia nel campo della salute che della pubblica amministrazione in genere, per attivare questi servizi innovativi e provvederà, con adeguate campagne di comunicazione, ad informare i cittadini sui servizi che saranno attivati.

La Tessera Sanitaria è necessaria per l'accesso ai servizi sanitari. Il cittadino deve portarla costantemente con sé quando va in farmacia, dal medico di base, nel laboratorio specialistico, in ospedale e in un altro paese della Unione Europea.

#### ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

- I cittadini italiani hanno diritto a forme di assistenza diverse a seconda dello Stato estero in cui si recano, della durata della permanenza e delle motivazioni del soggiorno (ad es. turismo, motivi di studio o di lavoro, cure ad alta specializzazione - vedi riferimenti utili).

La Tessera Sanitaria è anche Tessera Europea di Assicurazione Malattia. Garantisce, infatti, a coloro che si recano in temporaneo soggiorno in uno degli Stati della UE, nonché in Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera, di fruire delle cure che si rendessero necessarie. La Tessera Sanitaria non può essere utilizzata per godere di cure di alta specializzazione all'estero (cure programmate).

#### AMMINISTRAZIONE SANITARIA


- Il cittadino ha diritto:
- a ricevere una gestione amministrativa e organizzativa efficiente;
- all'erogazione di servizi secondo standard di qualità ed efficienza;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 150 di 524</b></p>
---	--	--

- all'eliminazione di inutili ritardi.

### IL TICKET

Il servizio sanitario garantisce la tutela della salute e l'accesso ai servizi a tutti i cittadini. Per alcune prestazioni è necessario il pagamento diretto da parte dell'utente di una quota limitata di spesa (ticket), dal quale sono esonerate le categorie di utenti che hanno i requisiti richiesti dalla legge. Per acquisire informazioni sul regime di esenzione è possibile rivolgersi all'U.R.P. (vedi riferimenti utili).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 151 di 524</b></p>
---	---	---

## DOVERI DEL PAZIENTE

Il rispetto di alcune regole è un dovere del cittadino ed è la base per godere pienamente dei propri diritti, per usufruire nel modo migliore dei servizi sanitari e per contribuire alla realizzazione di un sistema sanitario efficiente.

La prevenzione, la cura di se stessi e l'eliminazione di abitudini di vita e alimentari scorrette sono essenziali per godere di una buona salute e spesso evitano il ricorso all'assistenza sanitaria.

I cittadini, inoltre, attraverso un uso corretto dei servizi sanitari, possono eliminare sprechi e diseconomie, consentendo di destinare maggiori risorse ad altri servizi, migliorando la qualità dell'offerta del Sistema Sanitario Regionale.

### AMBULATORI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

- Il paziente:
- deve rispettare l'orario di visita dello studio medico, data e ora dell'appuntamento, nonché il turno assegnatogli;
- durante l'attesa in ambulatorio, deve attenersi ad un comportamento rispettoso delle esigenze degli altri pazienti e dell'ambiente in cui si trova.

### 3 L'elencazione che segue non ha pretese esaustive.

#### GUARDIA MEDICA


- Quando il cittadino non può usufruire delle prestazioni del proprio medico di famiglia (la sera, la notte, i giorni prefestivi e festivi), deve rivolgersi alla guardia medica, senza utilizzare inutilmente i servizi di urgenza ed emergenza.

#### SERVIZIO DI URGENZA ED EMERGENZA

- Il 118 è un servizio importante che può salvare la vita. Il cittadino però vi deve ricorrere solo nei casi di effettiva urgenza o emergenza, dato che un uso improprio riduce la disponibilità e rapidità del servizio, danneggiando - talvolta irreparabilmente - coloro che ne hanno veramente bisogno.

Il cittadino che utilizza il servizio

- deve cercare di mantenere la calma per rispondere con la maggior precisione possibile alle domande dell'operatore del 118;
- deve lasciare un recapito telefonico per essere contattato dall'operatore, se necessario;
- deve ascoltare le indicazioni dell'operatore del 118;
- deve richiamare subito la centrale operativa del 118, se decide di trasportare il paziente con mezzi alternativi oppure se - per altri motivi - non vi è più bisogno dell'ambulanza;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 152 di 524</b></p>
---	---	--

- non deve chiamare il 118 solo per:
  - > cercare di accedere più velocemente al pronto soccorso;
  - > ricevere prestazioni che possono essere fornite dal medico di famiglia o dalla guardia medica;
  - > ottenere un ricovero ospedaliero;
  - > effettuare più velocemente esami medici;
  - > non pagare il ticket al pronto soccorso.

### PRONTO SOCCORSO

- Il cittadino:
  - deve ricorrere al pronto soccorso esclusivamente nei casi urgenti;
  - è tenuto a rispettare il proprio turno di accesso alle cure, regolato in base alla gravità dei problemi del paziente valutata al momento dell'accoglienza dal personale competente;
    - nell'attesa dovrà avere un comportamento improntato al rispetto delle persone e dell'ambiente.

### OSPEDALE

- Il cittadino non deve fare pressione sul medico per il ricovero ospedaliero, ove questi non lo ritenga necessario.
- Il paziente, quando accede in una struttura sanitaria, deve:
    - avere un comportamento responsabile, evitando qualsiasi condotta che possa creare disturbo o disagio agli altri pazienti;
      - collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e con la direzione del reparto o ambulatorio in cui si trova;
      - rispettare il personale sanitario;
      - rispettare ambienti, attrezzature e arredi che si trovano all'interno della struttura ospedaliera;
      - rispettare gli orari e i regolamenti di visita stabiliti al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale e favorire il riposo degli altri pazienti.

### I CODICI DI GRAVITA'

A ciascun paziente, all'arrivo in pronto soccorso, è assegnato un codice di gravità - identificato con un colore - con cui sono stabilite le priorità di accesso alla visita del medico in base al tipo e all'urgenza delle condizioni dei pazienti.

- + CODICE ROSSO: casi che hanno precedenza assoluta;
- + CODICE GIALLO: casi gravi che saranno visitati nel minor tempo possibile;
- + CODICE VERDE: casi non gravi che non hanno la precedenza e saranno visitati dopo i casi più urgenti;
- + CODICE BIANCO: situazioni assolutamente non gravi che possono essere risolte con l'intervento del medico di famiglia o recandosi alla guardia medica.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 153 di 524</b></p>
---	---	--

## USO DEI SERVIZI SANITARI: PRENOTAZIONE VISITE MEDICO-OSPEDALIERE, INDAGINI DIAGNOSTICHE, ESAMI CLINICI

- Per evitare disagi agli altri utenti e inefficienze del Servizio Sanitario Regionale il cittadino:
  - deve prenotare la prestazione medico-ospedaliera;
  - deve richiedere la prenotazione di indagini diagnostiche e/o di esami clinici entro 90 giorni dalla data di emissione della prescrizione del medico. Effettuata la prenotazione, la prestazione sanitaria potrà essere eseguita anche successivamente;
  - qualora sia impossibilitato a presentarsi all'appuntamento fissato ha il dovere di disdirlo: ciò consente ad altri utenti di usufruire in tempi più brevi della prestazione sanitaria;
  - deve eseguire le indagini diagnostiche, anche di carattere preventivo, che il medico riterrà opportuno prescrivere, evitando di insistere per ottenere prescrizioni di esami non necessari;
  - deve evitare di richiedere la ripetizione di indagini eseguite da poco tempo, se non strettamente necessarie;
  - deve rispettare le modalità di preparazione all'esame (ad es. digiuno, eventuali prescrizioni dietetiche, etc.) allo scopo di eseguire l'esame in condizioni ottimali: ciò consentirà tra l'altro di evitarne la ripetizione;
  - deve fornire al proprio medico, e al medico che eseguirà l'indagine diagnostica, tutte le informazioni adeguate a descrivere il quadro più chiaro possibile della propria situazione (allergie, effetti collaterali provocati in passato da un farmaco, eventuali interventi chirurgici precedenti, etc.) e l'eventuale documentazione;
  - deve custodire tutta la documentazione sanitaria ed esibirla in caso di ripetizione della stessa indagine a distanza di tempo o nel caso di altre indagini;
  - deve sempre ritirare gli esami clinici effettuati presso una delle strutture del Sistema Sanitario Regionale nei tempi e nei modi prescritti.

### IL CENTRO UNICO PRENOTAZIONI

Diversi enti del Servizio Sanitario Regionale hanno già attivato il Centro Unico Prenotazioni (C.U.P.), un sistema unico di gestione informatizzata delle prenotazioni, in cui le richieste dei cittadini sono acquisite e inserite, per ordine d'arrivo, nelle liste di prenotazione. In questi casi il cittadino può prenotare la prestazione medica recandosi personalmente al C.U.P. o contattandolo telefonicamente (vedi riferimenti utili).

Per gli enti che non hanno ancora attivato il C.U.P., è possibile ottenere informazioni sulle modalità di prenotazione della prestazione contattando l'U.R.P. (vedi riferimenti utili).

### USO CORRETTO DEI FARMACI



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 154 di 524</b></p>
---	---	---

I farmaci sono importanti e possono salvare la vita; essi sono una risorsa preziosa per la salute, ma il loro uso può comportare dei rischi. E' indispensabile non abusarne, utilizzarli solo quando è necessario e, comunque, apprendere il modo appropriato di assumerli e conservarli.

Un uso scorretto o imprudente del farmaco, o un abuso, oltre che provocare danni alla salute, determina costi impropri per il Servizio Sanitario Regionale e dirotta risorse che potrebbero essere diversamente impiegate a beneficio di altri servizi.

- Il cittadino deve quindi seguire alcune regole:
- non fare pressione sul medico per ottenere la prescrizione di farmaci, ove questi non lo ritenga necessario;
- ricordarsi che la ricetta medica ha un termine di scadenza entro il quale il farmaco va acquistato o ritirato;
- non pensare con l'uso di farmaci di rimediare a stili di vita ed abitudini scorrette;
- fornire al proprio medico, al momento della prescrizione, tutte le informazioni adeguate a descrivere il quadro più chiaro possibile della propria situazione (allergie, effetti collaterali provocati in passato da qualche farmaco, altri farmaci che sta assumendo, eventuale gravidanza in corso, etc.);
- rispettare le modalità di assunzione del farmaco specificate nel foglio illustrativo e indicate dal medico e/o dal farmacista;
- in caso di gravidanza, assumere farmaci consigliati solo dal medico;
- riferire immediatamente al medico o al farmacista gli eventuali effetti collaterali di un farmaco;
- accertarsi sulla possibilità di assumere contemporaneamente farmaci diversi;
- non accettare consigli per l'assunzione di farmaci da persone che non siano medici o farmacisti;
- assumere correttamente le dosi prescritte, non modificare, sospendere o protrarre la terapia di propria iniziativa;
- controllare la data di scadenza dei farmaci e leggere attentamente il foglio illustrativo (alcuni farmaci, per esempio, scadono dopo pochi giorni dall'apertura);
- conservare i farmaci in luoghi non raggiungibili da bambini, nei loro contenitori originali, in luogo fresco e asciutto, al riparo dalla luce, lontano da fonti di calore, a temperatura ambiente, e, se previsto, in frigorifero;
- cercare di non sprecare farmaci: procurarsi una quantità che tenga conto dell'effettiva necessità.

#### IL FARMACO EQUIVALENTE

Il cittadino può utilizzare in alternativa al farmaco brevettato quello equivalente (conosciuto anche come farmaco generico).

Il farmaco equivalente è un medicinale a base di uno o più principi attivi non più protetti da brevetto; ha la stessa composizione qualitativa-

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 155 di 524</b></p>
---	---	---

quantitativa in principio attivo del farmaco brevettato, la stessa via di somministrazione, forma farmaceutica e le stesse indicazioni terapeutiche.

I farmaci equivalenti sono sottoposti ai medesimi controlli e procedure di registrazione e vigilanza che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) riserva ai farmaci brevettati.

#### STRUMENTI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE

Quando il paziente ritiene di non aver ricevuto una corretta assistenza sanitaria, o che un suo diritto sia stato leso, può rivolgersi al medico o alla struttura ospedaliera per chiedere chiarimenti sulle scelte operate.

Qualora le spiegazioni non lo soddisfino, può porre in essere azioni specifiche per ricevere adeguata tutela.

Egli inoltre può presentare reclami in caso di disservizi e può richiedere che vengano adottate le misure necessarie per rimuovere gli ostacoli che incidono sulla qualità delle prestazioni mediche.

La struttura alla quale il cittadino può rivolgersi è l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.).

Si tratta di un servizio istituito per agevolare il rapporto tra azienda sanitaria e cittadino, per perseguire maggiore chiarezza e trasparenza nelle procedure, nonché per garantire efficienza e qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, e altresì risolvere in prima istanza, ove possibile, eventuali conflitti tra il cittadino e la struttura sanitaria o il personale sanitario.

Il compito dell'U.R.P. non è solo quello di informare, ma anche quello di aiutare il cittadino a orientarsi nel panorama dei servizi socio-sanitari, al fine di ridurre le difficoltà derivanti dall'eventuale complessità delle procedure.

Fra gli altri:

- svolge attività di informazione, comunicazione e orientamento sulle modalità di accesso ai servizi;
- raccoglie ed ascolta le segnalazioni, le proposte e i reclami dei cittadini, organizzando precisi criteri di risposta;
- rileva periodicamente i bisogni e il livello di gradimento dell'utenza per i servizi erogati.


Il cittadino può quindi rivolgersi all'U.R.P. per ricevere informazioni sulle prestazioni erogate dai servizi sanitari e socio-sanitari.

La richiesta di informazioni può essere soddisfatta sia telefonicamente, che recandosi direttamente alla sede U.R.P. La consulenza è gratuita.

#### LA TUTELA GIURISDIZIONALE

La scelta dell'azione amministrativa non impedisce al cittadino di ricorrere al giudice, qualora ritenga che la via intrapresa sia stata infruttuosa.

#### LE ASSOCIAZIONI

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 156 di 524</b></p>
---	---	---

Assistenza e informazioni possono anche essere offerte (vedi riferimenti utili) da:

- associazioni che si occupano di tutelare i cittadini specificamente nel settore sanitario;
- associazioni che si occupano di tutelare gli utenti nei rapporti con la pubblica amministrazione;
- associazioni dei pazienti.

	NUMERI DI TELEFONO U.R.P.	NUMERI DI TELEFONO C.U.
AUSL 1 - Agrigento	0922407210	800589444
AUSL 2 - Caltanissetta	800061840	----
AUSL 3 - Catania	800274360	800553131
AUSL 4 - Enna	800319267	800679977
AUSL 5 - Messina	0921389457	800007606
AUSL 6 - Palermo	0917032068	----
AUSL 7 - Ragusa	800296338	0932658702
AUSL 8 - Siracusa	0931484345(solo per anziani e portatori di handicap)	
AUSL 9 - Trapani	0923472391	0923828121

Gli indirizzi dei siti delle AUSL siciliane sono disponibili alla pagina:  
[www.regione.sicilia.it/sanita/default.asp?pg=16](http://www.regione.sicilia.it/sanita/default.asp?pg=16)

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 157 di 524</b></p>
---	---	---

## RIFERIMENTI UTILI

### Guardie mediche

I recapiti delle guardie mediche siciliane sono consultabili alla pagina:

[www.regione.sicilia.it/sanita/gm0.htm](http://www.regione.sicilia.it/sanita/gm0.htm)

### Assistenza sanitaria all'estero

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

[www.esteri.it/MAE/IT](http://www.esteri.it/MAE/IT)

Numero verde 848800333

### Tessera sanitaria

Numero verde 800030070

[www.sistemats.it](http://www.sistemats.it)

Numero verde 800164444

[www.regione.sicilia.it/sanita](http://www.regione.sicilia.it/sanita)

In caso di mancata ricezione, smarrimento o deterioramento della Tessera Sanitaria, è possibile richiedere un duplicato presso la propria AUSL

### Tribunale diritti del malato/Cittadinanza attiva

#### Associazioni dei consumatori

Recapiti dei tribunali dei diritti del malato attivi in Sicilia sono consultabili sul sito: [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

I recapiti delle principali associazioni dei consumatori con sede in Sicilia sono consultabili sul sito:

[www.ioconsumatore.eu](http://www.ioconsumatore.eu)

### Associazioni nazionali di pazienti

E' possibile consultare le federazioni/associazioni di pazienti di rilievo nazionale alla pagina:

[www.ministerosalute.it/associazioniPazienti/associazioniPazienti.jsp](http://www.ministerosalute.it/associazioniPazienti/associazioniPazienti.jsp)

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 158 di 524</b></p>
---	---	---

## Realizzazione

FONDAZIONE ROSSELLI Sede principale  
c.so G. Cesare, 4 bis/B – 10152 Torino tel. 011 19520111 - fax 011  
19520188  
e-mail: [segreteria@fondazionerosSELLI.it](mailto:segreteria@fondazionerosSELLI.it)

Centro di ricerca Diritto Economia e Tecnologia via R. Wagner, 9 -  
90139 Palermo  
tel. 091 335961 - fax 091 38046079  
e-mail:  
[fondazione.palermo@fondazionerosSELLI.it](mailto:fondazione.palermo@fondazionerosSELLI.it)

### Team di ricerca

Coordinatore avv. Alessandro Palmigiano  
e-mail: [alessandro.palmigiano@fondazionerosSELLI.it](mailto:alessandro.palmigiano@fondazionerosSELLI.it)


Ricercatori dott.ssa Rosa Guttuso dott.ssa Alessandra Minà  
dott.ssa Maria Gabriella Virone

Comunicazione dott. Fabio Crapitti

Si ringraziano per la collaborazione e per il significativo apporto:  
dott. Filippo Barbiera, dott. Vincenzo Borruso, dott. Antonio Colucci,  
sig.ra Silvia Cossentino, dott. Mario Giuffrè, dott. Salvino Leone, dott.  
Calogero Muscarnera, prof. Paolo Procaccianti

Grafica e Impaginazione  
Vincenzo Noto - [grafica@vincenzonoto.com](mailto:grafica@vincenzonoto.com)

L'immagine utilizzata è © Yuri Arcurs - Fotolia.com

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 159 di 524</b></p>
---	---	---

**PR038: Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR038</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

Con la presente si trasmettono in allegato le prestazioni rese dall'ambulatorio infermieristico presso il PTE di Trapani.

**Nell'invio a tale ambulatorio si prega attenersi alle prestazioni eseguite!**

Si allega, anche, la modulistica per l'accesso alle prestazioni (da fornire in copia al paziente) che deve essere compilato dal curante o dal PPI all'atto della sua apertura.

Si invita tutti a trasmettere informazioni corrette onde evitare problemi con l'utenza.

**Dall'1/3/2011** aprirà il P.P.I. (Punto di Primo Intervento) che dovrà occuparsi a regime dei codici bianchi.

Il P.P.I. è aperto dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 10 del sabato.

Ieri, alle ore 16.00, si è tenuto un incontro nel quale è stato stabilito di inviare, in prima battuta, le seguenti problematiche **purché codificati codice bianco:**

1. Dermatologica
2. ORL
3. Oculistica
4. odontoiatrica
5. Urologica
6. Gastroenterologica
7. Febbrile
8. Problematiche inerenti il diabete
9. Emicranica
10. Traumatologia risalente a più di 24 ore (purché deambulante)

**Dall'1/3/2010**, il triagista, codificata codice bianco la prestazione richiesta dal paziente, nelle ore di apertura del PPI, **deve** inviarlo, se rientra fra le prestazioni sopra previste, con la scheda di triage, all'ambulatorio del

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 160 di 524</b></p>
---	---	---

P.P.I., sito al termine della via Europa, all'interno della Cittadella della Salute.

Nelle note della scheda di triage dovrà essere scritto "si invia al PPI per competenza".

Tale nota, pertanto, dovrà essere scritta prima della stampa.

Si allega la normativa di istituzione del P.P.I. che, come potete leggere, obbliga il cittadino a rivolgersi a tale struttura per prestazioni di bassa e media urgenza.

**Si tratta quindi non di una scelta del triagista, ma di un obbligo.**

Per opportuna conoscenza, presso il PPI esiste un medico che ha la possibilità di inviare agli ambulatori specialistici del PTE i pazienti, attribuendogli priorità e potrà, inoltre, inviarlo agli ambulatori ospedalieri, secondo accordi che dovranno intercorrere fra Direzione Sanitaria di Presidio e Direzione del PTE.

Presso il P.T.E., in atto, **non è presente il pediatra**, pertanto per i pazienti di età < 14 anni, esclusivamente per le prestazioni della pediatria, resta tutto invariato.

Si comunica, inoltre, che è stata istituita una commissione per valutare i risultati raggiunti e le problematiche emergenti.

Fanno parte di tale commissione, oltre allo scrivente, la dott. Pollina e la dott.ssa Cucchiara (una delle due deve essere presente ad ogni riunione) ed in rappresentanza degli infermieri la Capo Sala o persona da Lei delegata a cui dovete rivolgervi per eventuali problemi.


Indicatore

n.pazienti inviati al PPI\*100/tot.codici bianchi+verdi

Valore atteso

>5%



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 161 di 524</b></p>
---	---	---

### **PR039: Infermiere Responsabile del Turno.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR039</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/03/2011</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

#### **Generalità**

Al fine di garantire la catena del comando, anche a livello infermieristico, e di sapere chi deve fare alcune operazioni che implicano a cascata problemi assistenziali e d'immagine si individua una nuova figura: l'infermiere responsabile del turno.

Questa figura sarà responsabile della squadra infermieristica ed ausiliaria durante l'orario di lavoro, in assenza del Capo Sala dalle sale visita.

L'attribuzione di tale qualifica avverrà attraverso un percorso interno che prevede l'acquisizione del massimo punteggio durante l'anno precedente ed un esame che consisterà nel dimostrare di conoscere perfettamente i protocolli vigenti e di saperli correttamente applicare.


Il responsabile del turno dovrà o potrà delegare proprie funzioni ad altri infermieri del proprio turno, restando, però, titolare della piena responsabilità degli atti a lui affidati ed eventualmente da lui delegati.

Ricoprire tale compito, quindi, non significa che il responsabile del turno deve fare, ma implica che deve essere in grado di riconoscere le capacità/debolezze del personale della propria squadra e quindi sfruttarle al fine di ridurre al minimo le problematiche che potrebbero emergere.

I risultati attesi sono quelli di una riduzione delle lamentele, una migliore relazione fra le varie figure professionali che devono lavorare in sinergia, una migliore organizzazione ovvero una crescita dell'immagine di questo servizio di MCAU.

Il responsabile del turno dovrà interfacciarsi con la Capo Sala ed eventualmente col Direttore dell'U.O. al fine di segnalare eventuali debolezze e quindi suggerire eventuali modifiche nella turnazione o nell'assegnazione del personale ai vari servizi.

Sicuramente non tutto il personale infermieristico ha questa visione e non è detto che il personale individuato sia in grado di dimostrare tali capacità, pertanto, annualmente, si provvederà ad una revisione dell'assegnazione dell'incarico secondo le procedure appresso riportate.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 162 di 524</b></p>
---	---	--

### **Affidamento dell'incarico**

L'infermiere Professionale che voglia svolgere la mansione di responsabile del turno dovrà farne richiesta, anche verbale, alla Capo Sala che provvederà a stilare un elenco fra coloro che si propongono al fine di segnalarli.

Per potersi proporre è necessario avere il massimo nella valutazione annuale o, al massimo, una riduzione di 2 punti complessivi rispetto al massimo.

Per svolgere tale compito è necessario superare apposito colloquio.

Il colloquio sarà tenuto alla presenza di Direttore, Capo Sala, un infermiere scelto, dagli infermieri, tra coloro che prestano servizio in Pronto Soccorso da almeno 5 anni. Dovrà essere previsto supplente, che sostituirà il titolare se questo è fra gli esaminandi.

La scelta dei due infermieri avverrà per elezione, il titolare sarà colui che riceverà più scelte, il supplente il secondo. A parità di voti risulterà eletto colui che avrà la migliore valutazione nell'anno precedente, a parità di valutazione l'anzianità di servizio in P.S., a parità l'anzianità di servizio, ad ulteriore parità di punteggio il più anziano.

Nel giorno fissato per il colloquio, ogni infermiere sorteggerà 3 domande sulle 200 possibili. L'elenco delle domande verrà comunicato 3 giorni prima del colloquio, a tutti i candidati.

L'Infermiere responsabile di turno dovrà ripetere il colloquio ogni 2 anni.

### **Compiti**

Compilazione della Check List, ogni mattina, esecuzione della farmacia con ripristino del materiale mancante ogni mattina, segnalazione sul programma informatico di quanto scaricato, controllo delle attrezzature ad ogni inizio turno, segnalazione di problemi alle attrezzature o sul personale in materia di risk management, segnalando, anche in forma anonima le problematiche verificatesi o i near misses ai responsabili del risk management.

Ulteriore funzione il tutoraggio di infermieri e personale ausiliario di nuova assegnazione al Pronto Soccorso.

### **Decadenza**

Nel caso di

1. valutazione annuale con punteggio inferiore a 2 punti sulla valutazione massima,
2. manifesta incapacità di gestione della squadra
3. sfiducia espressa da 2/3 della squadra

l'infermiere responsabile di turno decade da tale funzione.

### **Premio**

Il personale infermieristico responsabile del turno verrà assegnato alla parte alta dell'incentivazione, nel rispetto delle regole vigenti.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 163 di 524</b></p>
---	---	--

### **Valutazione del personale**

Al fine di rendere omogenea, trasparente e ridurre al minimo la soggettività della valutazione del personale infermieristico si considereranno specificatamente i seguenti punti:

#### **Responsabile di turno**

- 1) Check list compilate correttamente
- 2) Scarico della farmacia sul programma informatico
- 3) Segnalazione tempestiva delle problematiche alle attrezzature e near misses
- 4) Capacità di superare problematiche che si dovessero presentare o suggerimenti per il miglior andamento del reparto

#### *Per il personale addetto al triage*

- 1) N° di triage eseguiti e scostamento dalle medie
- 2) Codici di triage eseguiti e scostamento dalle medie
- 3) Problemi al triage (codice evidentemente difforme rispetto alle regole)
- 4) Corretta e completa compilazione della scheda anagrafica con particolare riferimento a numero di telefono, codice fiscale, medico curante, stato civile, segnalazione di chi fornisce i dati del paziente, grado di istruzione (appena inserito)

- 5) Rivalutazione del paziente

- 6) Scheda infermieristica al triage

#### **Tutti gli I.P. del Pronto Soccorso**

- 1) Numero di schede infermieristiche redatte
- 2) Carico di lavoro
- 3) Disponibilità al cambio turno su richiesta della Capo Sala
- 4) Disponibilità alle sostituzioni in emergenza di colleghi assenti
- 5) Puntualità al cambio turno
- 6) Partecipazione a incontri
- 7) Corsi di aggiornamento

#### *Accettazione Sanitaria*

- 1) Carico di lavoro
- 2) Capacità organizzativa
- 3) Puntualità ai cambio turno
- 4) Risoluzione di conflitti

### **Premio**


La valutazione rispetterà esattamente i dati ottenuti dalla valutazione soprastante.

Lo scostamento dalla media del 10% deve essere considerata normale.

Scostamenti dalle medie superiori determineranno la perdita di 1 punto ogni 5% di scostamento, nella voce prevista.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 164 di 524</b></p>
---	--	---

Una simulazione verrà eseguita in occasione della lezione sulla valutazione dell'Infermiere (prossimo incontro).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 165 di 524</b></p>
---	---	---

## PR041: Prevenzione delle cadute e paziente fragile.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR041</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/05/2009</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

## 1 Scopo e campo di applicazione

### 1.1 Premessa

Secondo l'OMS "le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita".

Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi. Vi è una grande attenzione al tema in oggetto da parte dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure/gestione del rischio.


- A livello nazionale il problema cadute delle persone assistite è stato oggetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute nell'ambito del Programma Rischio Clinico del Dipartimento della Qualità e attualmente viene previsto nella Lista degli eventi sentinella prioritari come "Morte o grave danno per caduta di paziente" del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Dipartimento della qualità dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, definito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

### 1.2 Paziente fragile

Deve essere considerato fragile il paziente che non è autosufficiente e/o ha delle limitazioni nei movimenti e/o non è in grado di intendere e volere, anche per età, e/o abbia delle limitazioni cognitive e/o comunque ha bisogno di assistenza.

### 1.3 Le dimensioni del fenomeno presso l'MCAU di Trapani

Il fenomeno "paziente che cade" era ed è un fenomeno assolutamente eccezionale presso l'MCAU di Trapani; molto più frequente l'accompagnatore che cade.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 166 di 524</b></p>
---	---	--

Il problema caduta diviene cogente poichè da 6 mesi circa, presso l'MCAU di Trapani, si è utilizzato un locale per tenere sotto osservazione i pazienti che necessitano di tempi lunghi (fino a 12 ore) per la definizione del quadro clinico e quindi decidere se ricoverarli o dimmetterli.

La presenza di tale locale determina un aumento del rischio clinico legato alle cadute poiché è evidente che aumentando il periodo di osservazione aumenta il tempo in cui il paziente staziona nei locali del P.S. e di conseguenza aumenta il rischio.

## 2 Classificazione

Le cadute possono essere classificate come:

- Cadute accidentali: quando la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato)
- Fisiologiche imprevedibili: quando sono determinate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per esempio a causa di una frattura patologica del femore)
- Fisiologiche prevedibili: quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili.

Fino ad oggi il maggior numero di cadute in P.S. è stato legato ad episodi vagali (75%) legati all'impressione di osservare manovre cruente su familiari ovvero pazienti con alterazione del sensorio conseguente ad abuso (25%) che nel tentativo di mettersi in piedi crollavano a terra.

## 3 Fattori di rischio

L'apertura dell'OBI determinerà una profonda modificazione del rischio, infatti, dal problema Pronto Soccorso, in cui il rischio è prevedibile e per cui era stato emanato apposito protocollo per evitare che parenti osservassero manovre cruente su congiunti ed in cui il fenomeno era abbastanza prevedibile a seguito della comparsa di sudorazione, pallore e quindi tentativo di caduta controllata, si è passati ad un rischio simile a quello di tutti i reparti di degenza.


L'OMS ha classificato oltre 400 fattori di rischio suddivisi in :

A. fattori intrinseci al paziente

B. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

Fra gli anziani ricoverati in strutture sanitarie sono fattori di rischio intrinseci:

- Precedenti cadute
- Deficit dell'udito e della vista
- Deambulazione instabile
- Problemi muscolo-scheletrici (atrofia muscolare, calcificazioni tendinee, osteoporosi...)
- Deficit cognitivi

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 167 di 524</b></p>
---	---	---

- Stato confusionale, disorientamento, deficit della memoria, delirio
- Precedenti ictus
- Patologie acute (in particolare con sintomi quali ipotensione ortostatica e febbre)
- Patologie croniche (quali artrite , cataratta, demenza, diabete)

Sono considerati fattori di rischio estrinseci:

- Caratteristiche dell'ambiente (struttura fisica del bagno, caratteristiche del mobilio, cattive condizioni del pavimento, scarsa illuminazione)
- Calzature
- Ricorso ad ausili per la contenzione
- Cattivo utilizzo di ausili per la deambulazione
- Uso di tranquillanti ed effetti collaterali da farmaci.

Lo screening del rischio consente l'identificazione delle persone a rischio di caduta, gli strumenti adottati devono però essere adeguati al contesto e alla popolazione.

I fattori di rischio comuni in ospedale sono :

- cadute precedenti
- andatura instabile
- confusione mentale
- frequenza urinaria
- terapia farmacologia (ad es. sedativi o ipnotici)

In tutti i pazienti siamo tenuti a riconoscere i fattori di rischio.

## 4 Interventi

### 4.1 Interventi multifattoriali

- educazione dell'anziano e di chi lo assiste sui rischi di caduta, sulla sicurezza e sulla limitazione delle attività;
- orientamento nella zona letto, nei servizi del reparto e su come utilizzare il campanello per chiedere assistenza;
- insegnamento della corretta postura e della lentezza nel passare da una posizione all'altra;
- adozione di programmi educativi per i nuovi pazienti e per quelli ad alto rischio;
- informazioni sulle conseguenze di una caduta;
- interventi in caso di incapacità a rialzarsi;
- primo soccorso;


Indicatore

Eventi avversi verificatisi

Valore atteso

0



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 168 di 524</b></p>
---	---	---

### PR042: Identificazione Paziente.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR042</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 13/04/2011</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

#### **Premessa**

- Visto che spesso i pazienti forniscono dati anagrafici errati, con conseguente errore nel calcolo del codice fiscale e nell'identificazione del paziente
- Poiché il numero di ricoveri con dati anagrafici errati è significativo (>€500.000/00, di DRG non riscontrati con codici fiscali di persone fisiche, nel 1° trimestre 2011)
- Poiché esistono responsabilità dirette legate al reato di "danno patrimoniale" sia per lo scrivente che per colui che non controlla la correttezza dei dati anagrafici
- Al fine di evitare il ripetersi di questi eventi

*In accordo con la Direzione sanitaria di presidio si è ritenuto necessario formalizzare quanto segue:*

- Se il paziente ha la tessera sanitaria, il codice fiscale (in originale) o documento di riconoscimento, nella cartella clinica di ogni ricoverato deve essere presente copia di uno di tali documenti.
- Chi redige il ricovero deve eseguire tale copia attraverso gli scanner presenti in ufficio (risponde il medico firmatario o l'Ufficio Accettazione Sanitaria).
- I reparti invieranno, giornalmente le copie di tali documenti, di tutti i pazienti ricoverati. L' Accettazione Amministrativa controllerà l'invio dei documenti e la congruità dei dati.


#### **Identificazione del paziente in Pronto Soccorso**

##### **1) Scopo**

Una prestazione di qualità implica che tutto il percorso assistenziale del paziente venga garantito in tutti i passaggi.

Uno dei punti sensibili del percorso del paziente è legato alla sua identificazione e quindi ai dati sensibili del paziente (storia clinica, altri accessi, esami, ecc...).

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi del percorso assistenziale del paziente in MCAU e possono riguardare sia pazienti sedati o disorientati sia pazienti vigili.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 169 di 524</b></p>
---	---	--

L'obiettivo di questo protocollo è quello di identificare un individuo in modo attendibile, in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento.

È necessario migliorare il processo di identificazione del paziente a partire dall'apertura della scheda di triage, per l'esecuzione di terapie o procedure, per definire l'esito del caso clinico.

L'identificazione del paziente prevede diverse modalità: dati anagrafici forniti dal paziente, documento di riconoscimento, tessera sanitaria, codice fiscale.

Il numero di scheda di triage, la stanza, il letto o il reparto del paziente non possono essere utilizzati in quanto non sono affidabili.

## 2) Campo di applicazione

Il protocollo si applica, relativamente all'identificazione del paziente, nei seguenti casi:

- Apertura della scheda di triage
- Chiamata del paziente in sala visita
- Somministrazione di farmaci,
- Prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici,
- Esecuzione di altre terapie o procedure
- Trasporto del paziente in altre U.O. o suo rientro in Pronto Soccorso
- Ricovero

Per la somministrazione di sangue ed emoderivati si rimanda all'apposito protocollo.

## 3) Destinatari

Tutto il personale dell'MCAU, per quanto di propria competenza, deve applicare il protocollo onde evitare scambio di paziente.

## 4) La corretta identificazione del paziente

Tutto il personale sanitario e di supporto che si trova coinvolto nel processo di erogazione di prestazioni individuali al paziente deve effettuare la corretta identificazione dello stesso.

La modalità corretta di identificazione del paziente prevede alcuni passaggi:

**a. Verifica verbale:** l'operatore chiede espressamente con domanda aperta l'identità del paziente (Nome e Cognome) e la data di nascita. (es. "Mi può dire cortesemente il suo Nome e Cognome e la sua data di nascita?");

**la domanda dell'operatore non deve suggerire la risposta**

(es. "Lei è il Signor Verdi, nato il 03/04/1963 ?");

**b. Confronto** tra i punti sopra riportati e la documentazione relativa alla prestazione in atto.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 170 di 524</b></p>
---	---	--

L'identificazione deve essere eseguita dallo stesso operatore **immediatamente prima di svolgere le procedure e i trattamenti sopracitati.**

Tale sistema prevede un'eccezione inerente l'ingresso del paziente in sala visita.

Il paziente che è stato triagiato deve essere istruito circa la posizione in lista d'attesa che è rapportata al codice di triage attribuito ed al numero di scheda fornito dal computer, ciò al fine di garantire la privacy sui dati anagrafici.

Sempre al fine di garantire la privacy, il paziente sarà chiamato in sala per numero di scheda di triage.

Quando il paziente entra in sala, chi si appresta a prestare la propria opera chiederà che gli vengano forniti i dati anagrafici e controllerà la correttezza degli stessi rispetto alla scheda di triage.

## 5) Responsabilità

Tutti gli operatori che partecipano al processo di diagnosi, di cura e di assistenza del paziente sono responsabili dell'applicazione dei comportamenti definiti dal protocollo.

## 6) Indicatore

Al fine di poter controllare l'efficacia del presente protocollo è necessario rapportare la percentuale corretta di identificazioni.

L'indicatore, quindi, è rappresentato dalle corrette verifiche del paziente prima della somministrazione dei farmaci, sangue ed emocomponenti, del prelievo di sangue e altri campioni biologici, dell'esecuzione di terapie o procedure.

Per conteggiare la percentuale pertanto è necessario porre a:

Numeratore: Numero di identificazioni effettuate correttamente.

Denominatore: Numero totale di opportunità di identificazione.

Il monitoraggio verrà eseguito annualmente

## 7) Riferimenti normativi e bibliografici

- Joint Commission International. Gli standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali.

Indicatore

1) n. correzioni di cognome e nome sulle schede di dimissione ad opera della Capo Sala \*100/numero schede dimissione

2) n. Correzioni cognome o nome ad opera della Capo Sala \*100/ numero schede dimissione

Valore atteso

1) <0.1%

2) <1%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 171 di 524</b></p>
---	---	--

### Pr042bis:Protocollo identificazione paziente ricoverato

- Visto che spesso i pazienti forniscono dati anagrafici errati, con conseguente errore nel calcolo del codice fiscale e nell'identificazione del paziente;
- Poiché nonostante il protocollo emanato un anno or sono il problema persiste;
- Poiché esistono responsabilità dirette legate al reato di "danno patrimoniale" sia per lo scrivente sia per colui che non controlla la correttezza dei dati anagrafici;
- Al fine di evitare il ripetersi di questi eventi

Facendo seguito alla riunione avuta con il Direttore Sanitario

Si dispone che

Il paziente che si ricovera deve presentare un documento di riconoscimento o il codice fiscale o meglio la tessera sanitaria che deve essere fotocopiata ed inviata all'Accettazione Amministrativa.

#### **1. Accettazione Sanitaria**

- Non si devono eseguire **ricoveri programmati**, in qualsiasi regime, se il pz. non presenta uno dei documenti previsti, salvo dichiarazione del medico di reparto, che si assumerà l'onere di reperire il documento. Nel caso di presentazione di certificazione del Medico dell'U.O. che dispone il ricovero, la richiesta dovrà essere consegnata all'Accettazione Amministrativa in originale, conservando copia in Accettazione Sanitaria;
- Nel caso di **redazione di ricoveri urgenti** (per conto del Pronto Soccorso):
  - a) Se il **paziente ha uno dei documenti previsti** consegna, oltre che del cartonato, anche di SDO e certificato di ricovero e copia del documento;

Se il **paziente non è in possesso di nessuno dei documenti** previsti, SDO e certificato di ricovero saranno conservati nell'apposito raccoglitore posto sotto il computer ricoveri del

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 172 di 524</b></p>
---	---	--

- b) Pronto Soccorso, e consegnati all'Ufficio Accettazione Amministrativa. Quindi, ovviamente, non devono essere inseriti in cartella.

## **Pronto Soccorso**

- Valgono le stesse regole fissate per l'Accettazione Sanitaria che stila il ricovero per pazienti urgenti. Il certificato di ricovero deve essere conservato nell'apposito raccoglitore insieme alla SDO.

Il Direttore  
U.O. M.C.A.U.  
(dott. M. G. Di Martino)

La presente si trova nell'elenco dei protocolli per tutti gli operatori del P.S.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 173 di 524</b></p>
---	---	--

## **PR043: RACCOMANDAZIONI PER LE MISURE DI ISOLAMENTO**

<b>PREPARATO</b> <i>Direttore Sanitario Presidio</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Responsabile Qualità Aziendale.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore Sanitario Aziendale</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR044</b>
Dott. Giurlanda Francesco	Dott.ssa Maria Anelli	Dott.ssa Maria Concetta Martorana	<b>Data Emissione 1/10/2010</b> <b>Data revisione 24/08/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

### Indice

- 1 - Precauzioni standard
  - 1.1 - Adozione di misura di barriera
    - 1.1.1 - Mascherina con visiera o occhiali protettivi
    - 1.1.2 - Camici
    - 1.1.3 - Guanti
    - 1.1.4 - Igiene delle mani
  - 1.2 - Manipolazione di aghi od oggetti taglienti
  - 1.3 - Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile
  - 1.4 - Biancheria
  - 1.5 - Pulizia e disinfezione ambientale
  - 1.6 - Collocazione del paziente
  - 1.7 - Trasporto Campioni Biologici
- 2 - Precauzioni basate sulle vie di trasmissione
  - 2.1 - Precauzioni per la trasmissione aerea
  - 2.2 - Precauzioni per la trasmissione tramite goccioline
  - 2.3 - Precauzioni per la trasmissione tramite contatto

### DEFINIZIONE

Per infezione ospedaliera s'intende un processo infettivo contratto durante la degenza e che si sviluppa nel corso della stessa o anche successivamente, a seconda del tempo di incubazione. In tale definizione devono essere altresì comprese le infezioni contratte dal personale di assistenza nel corso ed a causa della propria attività.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 174 di 524**

Per ridurre il rischio di trasmissione dei microorganismi in ospedale vengono raccomandate dai Centers for Disease Control (CDC) di Atlanta e dal The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) varie precauzioni che a seconda del tipo di paziente vengono distinte in:

**Precauzioni standard** se destinate all'assistenza di tutti malati indipendentemente dalla loro diagnosi o presunto stato d'infezione.

**Precauzioni basate sulle vie di trasmissione** se destinate all'assistenza di pazienti specifici.

## 1. Precauzioni standard

Sono utilizzate per ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi da fonti, note o non identificate.

Costituiscono l'insieme di misure di barriera e di comportamenti atti a prevenire e contenere i germi a diffusione ematogena e attraverso i liquidi biologici.

Si adottano sempre per:

**SANGUE****SECREZIONI VAGINALI****SECREZIONI SPERMATICHE****LATTE MATERNO****TESSUTI****LIQUIDO AMNIOTICO****LIQUIDO CEREBRO-SPINALE****LIQUIDO SINOVIALE****LIQUIDO PERITONEALE**

Si adottano solo in presenza di sangue visibile per:

**FECI****SECREZIONI NASALI****SALIVA****URINE****VOMITO****SUDORE****LACRIME**

**A chi sono rivolte**



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 175 di 524**

A tutti gli operatori sanitari che possono venire a contatto con il sangue ed altro materiale biologico.

Quali sono

- Adozione di misura di barriera
- Corretto uso e smaltimento di aghi e taglienti
- Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile
- Biancheria
- Pulizia e disinfezione ambientale
- Collocazione del paziente
- Trasporto Campioni Biologici

**1.1 Adozione di misura di barriera****1.1.1 Mascherina con visiera o occhiali protettivi**

Devono essere utilizzati durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici per proteggere le mucose degli occhi, naso e bocca.

L'uso corretto della mascherina prevede che sia manipolata solo per i lacci, che per la rimozione sia slacciato il laccio inferiore e poi quello superiore, per evitare la caduta sul collo e di conseguenza la contaminazione del camice, che sia usata una sola volta e poi gettata nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Visiere ed occhiali non monouso devono essere adeguatamente trattati per il riutilizzo.

Procedure da seguire in caso di contaminazione degli occhi con materiale di derivazione biologica:

- In seguito a contaminazione degli occhi con materiale di derivazione biologica, procedere nel più breve tempo possibile al lavaggio oculare con soluzione fisiologica.
- Nel frattempo, tenere la testa inclinata in avanti.
- Non strofinare le palpebre, evitare l'ammicciamento delle medesime, tenendole aperte con due dita.
- Chiedere la collaborazione di qualcuno.
- Comprimere con l'angolo di un garza sterile l'orifizio del condotto lacrimale.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 176 di 524**

- Rimuovere eventuali lenti a contatto
- Il lavaggio oculare, deve essere effettuato facendo ruotare di lato la testa dell'interessato e facendo defluire il liquido di lavaggio (soluzione fisiologica) in modo che esso scorra dall'interno verso l'esterno dell'occhio.
- Durante la manovra di lavaggio tenere sollevate ambedue le palpebre per favorire una completa detersione delle mucose oculari.
- Eseguire le procedure, predisposte dalla Direzione Sanitaria, in caso di incidente occupazionale con potenziale rischio di infezione.

Notificare l'accaduto al Responsabile.

**1.1.2 Camici**

Devono essere utilizzati per fornire una barriera protettiva atta a prevenire la contaminazione degli indumenti e quindi ridurre la trasmissione di microorganismi e a proteggere la cute.

Il Camice deve essere scelto in base al tipo di attività e alla quantità di fluidi corporei che potrebbero accidentalmente prodursi:

- a) camice totalmente impermeabilizzato: da utilizzarsi in Anatomia Patologica e in Laboratorio (colture cellulari)
- b) camice con rinforzi impermeabili anteriore e nelle maniche: da utilizzarsi durante l'esecuzione di manovre invasive a rischio di emissione di liquidi biologici ( es. manovre dialitiche, manovre endoscopiche, punture esplorative-evacuative, ecc.)
- c) Camice sterile nel caso si debbono effettuare interventi in asepsi.

Il Camice sporco deve essere rimosso il più presto possibile, seguito dal lavaggio delle mani.

**1.1.3 Guanti**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 177 di 524**

In ospedale i guanti devono essere indossati per tre importanti ragioni:

- a) Per fornire una barriera protettiva quando le mani vengono a contatto con sangue e liquidi biologici;
- b) Per ridurre il passaggio dei germi dalle mani dell'operatore al paziente;
- c) Per evitare che le mani del personale possano trasmettere germi da un paziente ad un altro.

Devono essere sostituiti:

- durante procedure eseguite in sedi diverse dello stesso paziente
- tra un paziente e l'altro;
- quando si rompono

Dopo la rimozione dei guanti, deve essere immediatamente effettuato il lavaggio delle mani per evitare il trasferimento di germi ad altri pazienti o all'ambiente.

Il personale deve indossare guanti di misura adeguata e di tipo idoneo alla prestazione da effettuare:

- per le procedure che determinano il contatto con aree del corpo normalmente sterili usare guanti monouso sterili in lattice o in vinile;
- per le procedure che determinano il contatto con mucose e per altre procedure diagnostiche o assistenziali che non richiedono l'uso di guanti sterili, usare guanti monouso non sterili in lattice o in vinile;
- per la pulizia ambientale e la decontaminazione dello strumentario, usare guanti in gomma per uso domestico. Questi devono essere personali e possono essere decontaminati e riutilizzati, ma vanno eliminati se sono squamati, lesionati, se hanno riportato punture o se presentano altri segni di deterioramento.

E' importante ricordare che i guanti se non adeguatamente utilizzati possono trasformarsi da presidi di protezione a mezzo di propagazione delle infezioni.

**1.1.4 Igiene delle mani**

Deve essere intesa non solo come misura di controllo delle infezioni, ma anche come misura di protezione dell'operatore.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 178 di 524**

Per il lavaggio delle mani deve essere utilizzato un normale detergente; l'antisettico deve essere utilizzato in specifiche circostanze ( es. epidemie e prima di eseguire procedure invasive sul paziente).

Il lavaggio delle mani va eseguito immediatamente ed accuratamente se si verifica un accidentale contatto con il sangue o materiale organico potenzialmente infetto, dopo la rimozione dei guanti, tra un paziente e l'altro e dopo procedure effettuate sullo stesso paziente ma in sedi diverse. L'uso dei guanti e il lavaggio accurato delle mani rivestono un ruolo fondamentale di prevenzione.

L'uso dei guanti non è sostitutivo del lavaggio accurato delle mani.

Durante l'attività lavorativa è importante evitare atteggiamenti rischiosi quali portarsi le mani alla bocca o agli occhi, portare anelli, bracciali o altri monili.

**Corretta procedura di lavaggio**

- Togliere bracciali, anelli, orologio
- Insaponare la mani accuratamente (dita, palme, dorso, polsi, unghie) per almeno 10 secondi
- Sciacquare con acqua corrente in modo completo
- Solo in casi particolari (dopo imbrattamento con liquidi organici, in caso di lesione dei guanti in manovre a rischio, oppure se necessario lavaggio antisettico per manovre o settori ad alto rischio) bagnare le mani con liquido antisettico (es. Hibiscrub, Betadine o altro) in modo completo (dita, palme, dorso, polsi, unghie) per almeno 30 secondi.
- Sciacquare con acqua corrente in modo completo
- Asciugarsi con carta a perdere
- Chiudere i rubinetti con la carta a perdere per asciugarsi se non presenti i dispositivi di cui sopra.

L'uso di saponi ed in particolare di antisettici può provocare dermatiti. Per prevenire problemi irritativi, secchezza, screpolature:

- Usare quantità appropriate di saponi e antisettici
- Aver cura di sciacquare completamente le mani dopo sapone o antisettico
- Alternare gli antisettici disponibili
- A fine giornata lavorativa usare creme protettive (emollienti)

**Note**

- Non usare saponi in pezzi
- Non usare asciugamani in tessuto o comunque di uso promiscuo

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 179 di 524**

## **1.2 Manipolazione di aghi od oggetti taglienti**



Durante l'utilizzo è necessario adottare tutte le precauzioni possibili.

E' fondamentale:

- non reincappucciare gli aghi e non rimuoverli manualmente dalle siringhe
- non piegare o rompere aghi, lame o altri oggetti taglienti
- eliminare gli aghi ed altri oggetti taglienti sempre nell'apposito contenitore per prevenire l'esposizione accidentale.
- Non raccogliere strumenti taglienti o appuntiti se stanno cadendo;

## **1.3 Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile**



Tutto il materiale riutilizzabile, venuto a contatto con sangue o altri liquidi potenzialmente infetti, subito dopo l'uso e prima della pulizia, deve essere immerso in soluzione disinfettante di derivati fenolici 0,4% per 30 minuti.

La pulizia dello strumentario va eseguita con dovuta cautela e utilizzando guanti e mascherina con visiera. Il materiale così trattato può essere sottoposto alla disinfezione o sterilizzazione a seconda del successivo impiego. Si ricorda che per non compromettere il processo di sterilizzazione è importante che il materiale sia ben lavato ed asciugato.

Le attrezzature impiegate per l'assistenza al paziente che risultano sporche di sangue, fluidi corporei, secreti ed escreti devono essere manipolate con cura in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.

Gli articoli monouso devono essere eliminati correttamente negli appositi contenitori. Il materiale riutilizzabile può essere impiegato per l'assistenza di altri degenti solo dopo essere stato adeguatamente ricondizionato.

Per l'individuazione del trattamento idoneo è necessario considerare il rischio potenziale di infezione associato al proprio uso; a tal fine, può essere utilizzata la

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 180 di 524**

classificazione di E.Spaulding, la quale rende comprensibile quando è sufficiente disinfettare il materiale riutilizzabile e quando invece è necessario sterilizzato:

- Articoli critici ( cioè quelli che vengono in contatto con tessuti sterili o mucose non integre): vanno sterilizzati;
- Articoli semicritici ( cioè quelli che vengono in contatto con mucose integre): va praticata l'alta disinfezione;
- Articoli non critici ( cioè quelli che non vengono in contatto con la cute e le mucose non integre); va praticata la detersione o un basso livello di disinfezione

**1.4 Biancheria**

Tutta la biancheria e in particolare quella venuta a contatto con sangue o materiale potenzialmente infetto deve essere posta negli appositi sacchi idrosolubili, manipolata con cautela e con guanti di protezione.

I coprimaterassi, in caso di contaminazione, vanno raccolti in sacchi impermeabili e inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.

**1.5 Pulizia e disinfezione ambientale**

La modalità di esecuzione della pulizia e la frequenza deve variare in base alle diverse aree ospedaliere, il tipo di materiale e la superficie da trattare.

Si ricorda che la disinfezione delle superfici va effettuata solo in aree ad alto rischio o in presenza di contaminazioni o residui di materiale organico.

In caso di pazienti con malattie a trasmissione per via aerea NON è più necessario ricorrere alla nebulizzazione dell'aria poiché ritenuta inefficace.

**1.6 Collocazione del paziente**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 181 di 524**

La collocazione del paziente in camera singola può diventare necessaria per le malattie a trasmissione aerea (vedi precauzioni per malattie a trasmissione aerea) o quando le condizioni igieniche del paziente sono scarse al punto di diventare causa di contaminazione ambientale.

Se non è disponibile una camera singola, il paziente va collocato con un adeguato compagno di stanza. Pazienti infettati dallo stesso microrganismo possono normalmente condividere una stanza.

Nella determinazione del posto del paziente, se non è disponibile una stanza singola e non è possibile o non si conosce il germe infettante, è molto importante considerare l'epidemiologia ed il modo di trasmissione del patogeno infettante e la popolazione dei pazienti da assistere. Inoltre, quando un paziente infetto condivide una stanza con un paziente non infetto, è importante pure che i pazienti, personale e visitatori prendano precauzioni per prevenire il diffondersi dell'infezione e che i compagni di stanza vengano accuratamente selezionati.

## **1.8 Campioni Biologici**



I campioni biologici ( es. sangue, urine, prelievi biotici, ect.) devono essere prelevati tramite l'utilizzo di contenitori idonei ad impedire perdite ( es. provette e contenitori con tappo a chiusura ermetica e sicura).

Per il trasporto, utilizzare contenitori a valigetta ermeticamente chiusi al fine di evitare perdite o spandimenti accidentali.

E' necessario assicurarsi che l'esterno della provetta o del contenitore non sia imbrattato di liquidi biologici; in caso contrario, è necessario trattare la superficie esterna con un disinfettante chimico ( es. cloroderivati 1000-5000 ppm di cloro attivo). Il contenitore a valigetta utilizzato per il trasporto, in caso di imbrattamento, va accuratamente disinfettato.

Poiché tutti i materiali biologici dei pazienti sono da considerarsi potenzialmente infetti, è necessario adottare, durante la loro manipolazione, idonei dispositivi di protezione individuale e specifiche norme precauzionali.

### 2 Precauzioni basate sulle vie di trasmissione



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 182 di 524**

Sono destinate a pazienti riconosciuti o sospetti di essere infetti con patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti, diffusi per via aerea o con goccioline o attraverso il contatto con la cute o con superfici contaminate, per i quali sono richieste ulteriori precauzioni oltre a quelle standard.

## 2.1 Precauzioni per la trasmissione aerea

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettanti per via aerea. Questo tipo di trasmissione avviene perché nuclei di goccioline e particelle di polvere contenenti agenti infettanti si propagano nell'ambiente con possibilità di rimanere sospesi nell'aria per lunghi periodi di tempo.

I microrganismi possono essere così dispersi tramite correnti d'aria lontano dal paziente fonte ed essere inalati o depositarsi su un ospite suscettibile.

Esempio: tubercolosi

### **PRECAUZIONI PER LA TRASMISSIONE TRAMITE VIA AEREA ES: TUBERCOLOSI POLMONARE**

In aggiunta alle precauzioni standard:

utilizzare le seguenti misure:

### **COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE**



Il degente deve essere collocato in una camera singola, possibilmente dotata di zona filtro, con servizi igienici che abbia i seguenti requisiti:

- 1) Pressione negativa rispetto alle aree circostanti
- 2) Da 6 a 12 ricambi di aria/ora
- 3) Appropriato deflusso di aria all'esterno o filtrazione ad alta efficienza dell'aria prima della sua immissione in altre aree dell'ospedale

Il paziente deve rimanere in camera e la porta della stanza deve rimanere chiusa

Se la camera singola non è disponibile, più pazienti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza. **Evitare che il paziente esca dalla sala di degenza** se non per procedure diagnostiche o terapeutiche non eseguibili nella medesima stanza, nel qual caso far indossare al paziente la mascherina chirurgica e, se

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 183 di 524**

possibile, evitare contemporanee altre presenze nello stesso ambiente. Educare il paziente al rispetto dell'isolamento e delle norme comportamentali (sull'utilità di **coprirsi la bocca quando tossisce e di utilizzare salviette di carta per le secrezioni respiratorie**).

**PROTEZIONE PER L'OPERATORE**

Limitare al minimo indispensabile le procedure che possono indurre la tosse o generare aerosol. Ogni qualvolta si entri in contatto con il paziente o si eseguono tali procedure, indossare l'apposito dispositivo di protezione individuale, conforme agli standard della normativa UNI EN149, classe FFP2SL, per l'accesso alla stanza di degenza e FFP3SL per l'assistenza al paziente durante procedure che inducono tosse o generano aerosol; per essere efficace deve **coprire bene naso e bocca**. La sua durata, se usato correttamente è di un turno lavorativo.

**AMBIENTE**

Provvedere al frequente ricambio d'aria (almeno 3-4 l'ora). Far eseguire almeno due volte al giorno, o comunque quando si ritiene necessario, la disinfezione di tutte le superfici con Clorossidante elettrolitico 2,8% di cloro attivo diluito al 5%.

***ATTENZIONE!***

PER LA TUBERCOLOSI POLMONARE O SOSPETTA TALE LA NOTIFICA VA INVIATA ALLA DIREZIONE SANITARIA AL PIU' PRESTO E COMUNQUE NON OLTRE LE 24 ORE DALL'OSSERVAZIONE DEL CASO.

**2.2 Precauzioni per la trasmissione tramite goccioline**

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettanti attraverso goccioline.

Questo tipo di trasmissione avviene a causa di grandi particelle di goccioline contenenti microrganismi generati da paziente, con patologia infettiva

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 184 di 524**

epidemiologicamente importante, durante accessi di tosse, starnuti, mentre parla e durante l'esecuzione di particolari indagini o procedure.

Poichè per le dimensioni le goccioline non rimangono in sospeso nell'aria, è necessario uno stretto contatto tra la persona fonte e la persona ricettiva affinché si realizzi il contagio.

Esempio: meningite

## PRECAUZIONI PER LA TRASMISSIONE TRAMITE GOCCIOLINE

In aggiunta alle precauzioni standard:

utilizzare le seguenti misure:

### PROTEZIONE PER L'OPERATORE



Indossare la mascherina chirurgica o le maschere in dotazione di tipo FFP2SL ogni qualvolta si eseguono procedure sul paziente o vi siano contatti con lo stesso ravvicinati.

Gli operatori sanitari in genere non dovrebbero ricevere la chemioprolifassi a meno che non abbiano avuti contatti stretti e prolungati con il paziente.

### COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 185 di 524**

Isolare il paziente in stanza singola o affiancarlo ad un altro paziente con la stessa patologia.

L'isolamento deve durare per un periodo di 24 - 48 ore dall'inizio di appropriata terapia antibiotica in caso di germe sensibile.

I pazienti che vengono trasferiti ad altri reparti debbono indossare una mascherina chirurgica.

## AMBIENTE



Provvedere al frequente ricambio d'aria (almeno 3-4 l'ora).

Disinfezione di tutte le superfici con Clorossidante elettrolitico 2,8% di cloro attivo diluito al 5%.

**ATTENZIONE!****Notificare i casi sospetti****2.3 Precauzioni per la trasmissione tramite contatto**

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi epidemiologicamente importanti attraverso contatti diretti o indiretti. La trasmissione per contatto diretto implica un contatto di cute con cute e il trasferimento fisico di un microrganismo dalla persona infetta o colonizzata a un ospite suscettibile, ad esempio nell'atto di mobilizzazione, nel lavaggio o per altre attività sul paziente che richiedono un contatto corporeo.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 186 di 524**

La trasmissione per contatto indiretto implica l'interposizione di un oggetto o strumento che fa da veicolo.

## **PRECAUZIONI PER LA TRASMISSIONE TRAMITE CONTATTO ES: SALMONELLOSI**

In aggiunta alle precauzioni standard:

### **COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE**

Non è strettamente indicato l'isolamento del paziente in stanza singola; **si raccomandano però tutte quelle misure atte a prevenire la diffusione dei microrganismi che si trasmettono per via oro-fecale.**

### **PROTEZIONE PER L'OPERATORE**

Indossare i guanti tutte le volte che si entra nella stanza. I guanti devono essere sostituiti dopo ogni contatto con il paziente e materiale che può contenere alte concentrazioni di salmonella vedi per es. padella, biancheria etc. I guanti vanno rimossi prima di lasciare la stanza ed immediatamente va eseguito il lavaggio antisettico della mani.

Porre la massima attenzione affinché le mani pulite non tocchino superfici o articoli potenzialmente contaminati presenti nella camera, per evitare di trasferire i microrganismi ad altri degenti o all'ambiente.

### **ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE**

Quando è possibile assegnare dispositivi e articoli non critici ( es. sfigmomanometri, fonendoscopi, termometri ect.) ad un singolo paziente; qualora tale situazione non possa realizzarsi, è necessario trattare adeguatamente il materiale prima dell'uso su altro degente.

### **AMBIENTE**



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 187 di 524**

Particolarmente accurata deve essere la pulizia e disinfezione dei sanitari che deve essere effettuata almeno 2 volte al giorno ed ogni qualvolta sia necessario. La disinfezione può essere effettuata con Clorossidante elettrolitico 2,8% di cloro attivo diluito al 5%.

**BIANCHERIA**

Massima attenzione va posta alla manipolazione della biancheria che deve avvenire dopo aver indossato guanti e camice; la sua eliminazione va fatta con gli appositi sacchi idrosolubili, per biancheria infetta. Padelle e pappagalli vanno disinfettati con Clorossidante Elettrolitico 2,8% di Cloro attivo diluito al 10% oppure in lavapadelle utilizzando il ciclo di disinfezione termica.

**EDUCAZIONE SANITARIA AL DEGENTE E AI VISITATORI**

Il degente: istituire il malato sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ad altri degenti o all'ambiente(es. lavaggio accurato delle mani dopo ogni contatto con materiale biologico potenzialmente infetto;)  
 Visitatori: regolamentare l'accesso dei visitatori e informarli sulle norme igieniche d osservare durante la visita al degente ( es.uso di guanti, lavaggio delle mani dopo ogni contatto con il paziente) e nella gestione dei suoi effetti personali ( es. trasporto e lavaggio a domicilio della biancheria personale).

***ATTENZIONE!***

PER LA SALMONELLA LA NOTIFICA VA INVIATA ALLA DIREZIONE SANITARIA AL PIU' PRESTO E COMUNQUE NON OLTRE LE 24 ORE DALL'ISOLAMENTO DEL CEPPO.

**PRECAUZIONI PER TRASMISSIONE TRAMITE CONTATTO**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 188 di 524**

## **ES: PEDICULOSI**

In aggiunta alle precauzioni standard:

utilizzare le seguenti misure:

### **COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE**

Isolare il paziente in stanza singola fino a che i pidocchi rimangono vivi sulla persona infestata. Se ciò non è possibile in stanza con pazienti affetti dalla stessa malattia.

### **PROTEZIONE PER L'OPERATORE**



Indossare camici, guanti e cuffia tutte le volte che si prevede il contatto con il paziente o con gli effetti lettereci dello stesso (vedi biancheria), che possono contenere alte concentrazioni di pidocchi.

Tali indumenti devono essere rimossi prima di lasciare la stanza ed immediatamente deve essere eseguito il lavaggio antisettico della mani.

AMBIENTE



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 189 di 524**



Le superfici o pavimenti vanno trattati con prodotti a base di Piretro ed eventuale disinfestazione.

**BIANCHERIA**



Massima attenzione va posta nella manipolazione della biancheria e del materasso che deve avvenire dopo aver indossato il camice, la cuffia e i guanti.

La biancheria va sostituita giornalmente, il materasso alla dimissione del paziente.

L'eliminazione va fatta con gli appositi sacchi, idrosolubili, per biancheria infetta.

Per la biancheria intima o personale si raccomanda un lavaggio con acqua calda (55° C per 20 minuti).

**EDUCAZIONE SANITARIA AL DEGENTE E AI VISITATORI**



Il degente ed i visitatori devono essere educati sull'importanza dell'applicazione delle misure di prevenzione per evitare la diffusione dei pidocchi.

**ATTENZIONE!**

**PER LA PEDICULOSI LA NOTIFICA VA INVIATA ALLA DIREZIONE SANITARIA NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE DALL'OSSERVAZIONE DEL CASO.**

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 190 di 524**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 191 di 524</b></p>
---	---	--

**PR044: Consulenze Altri Nosocomi.**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR044</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2010</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

**ISTRUZIONI OPERATIVE**

Quando si invia un paziente in altro nosocomio è necessario seguire i seguenti passi:

1. Contattare il reparto a cui si chiede il trasferimento/consulenza/esame
2. Nel caso di consulenza neurochirurgica utilizzare l'apposito programma
3. nel caso di trasferimento allegare relazione, esami e documentazione di quanto eseguito (in originale) conservandone una copia nel fascicolo relativo all'accesso del paziente
4. nel caso di consulenza/esame redigere la richiesta come se si trattasse di prestazione interna al Presidio Ospedaliero
5. nella relazione o nella richiesta scrivere con chi sono stati presi gli accordi telefonici

**Indicatore**

**n. consulenze, esami rx grafici richiesti per conto altri nosocomi provinciali**

**Valore atteso**

**<10**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 192 di 524</b></p>
---	---	--

**PR045: Modifica protocollo trasferimento.**

<i>PREPARATO</i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR045</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2010</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

**Premessa**

Viste le indicazioni della Joint Commission che prevedono l'individuazione di un medico responsabile del trasferimento;

Poiché non sempre il paziente è accompagnato da un medico;

La classificazione dei pazienti da trasferire è fatta su diversi livelli, due dei quali prevedono l'accompagnamento con il solo infermiere professionale;

Al fine di rendere trasparente e sicuro il trasferimento del paziente in altri nosocomi si rilasciano le seguenti **istruzioni operative** :

1. In caso di trasferimento di paziente in altro nosocomio, a mezzo ambulanza dell'ASP, deve essere compilata e sottoscritta la scheda allegata ad opera del medico che dispone il trasferimento;
2. Nel caso sia presente un medico accompagnatore, sull'ambulanza, questo medico sarà il responsabile del viaggio;

Nel caso di trasferimento senza necessità di medico a bordo:

3. Se si tratta di trasferimento programmato ed in assenza di medico nell'U.O. che trasferisce sarà il medico di guardia interdivisionale a sottoscrivere la parte della scheda inerente le condizioni del paziente all'atto del trasferimento; il medico che ha programmato il trasferimento compilerà la prima parte della scheda inerente i dati del paziente, la sua destinazione, accordi telefonici e disposizioni inerenti il trasferimento;
4. In caso di presenza del medico che programma il trasferimento sarà lo stesso a completare tutta la scheda.

In ogni caso, il paziente trasferito dal Pronto Soccorso presso altra struttura ospedaliera pubblica o privata, deve essere informato sul trasferimento e sulle sue motivazioni e, di conseguenza, il paziente o persona da lui delegata deve firmare il consenso informato.

Copia del consenso sarà conservata nel fascicolo del paziente insieme a tutta la documentazione, altra copia seguirà il paziente.

**Indicatore**

**n. schede compilate ed allegate al foglio di viaggio \* 100/ totale trasferimenti senza medico**

**Valore atteso**

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 193 di 524**

>90%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 194 di 524</b></p>
---	---	--

## PR046: Paziente Anonimo.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR046</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/10/2010</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Tutto il personale

### Scopo

Si ricorda che i dati anagrafici vengono riportati nelle richieste di esami radiografici ed ematochimici e sul foglio di ricovero.

L'uso di XX o YY come nome o cognome determina delle problematiche nella gestione successiva del paziente.

Quando si conoscono le generalità i programmi gestionali degli altri reparti, infatti, sostituiscono tutte le anagrafiche uguali creando problemi nella successiva gestione dei dati.

Diviene necessario, pertanto, individuare un cognome e nome univoco per il paziente oggetto del problema.

### ISTRUZIONE

Se giunge un paziente in cui non si conosce l'anagrafica, questo dovrà essere gestito con le seguenti modalità:

**cognome:** Anonimo o anon + il numero della scheda di triage

**nome:** maschio/femmina (a seconda del sesso)

gli altri dati andranno lasciati vuoti.

Quando si conosceranno i dati anagrafici, oltre ad aggiornare l'anagrafica del programma gestionale del P.S., dovranno essere avvisate le U.O. di Radiologia, Patologia Clinica ed Accettazione Amministrativa, se coinvolte nel trattamento dei dati del paziente.

Infine, sul frontespizio del fascicolo paziente, se non è stato possibile eseguire l'aggiornamento dei dati (es.: paziente dimesso, redazione del referto medico o ricovero), dovrà essere apposto un foglio bianco con scritte le generalità del paziente, per dare la possibilità alla Caso Sala di notare il problema e risolverlo.

### **Indicatore**

**N.pz "anonimi descritti correttamente\*100/tot.pz."anonimi"**

**Valore atteso**

**>90%**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 195 di 524</b></p>
---	---	--

### PR047: Violenza.

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR047</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 28/10/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Tutto il personale

#### **DESTINATARI**

Medici, Infermieri Professionali ed Operatori Socio Sanitari del Pronto Soccorso  
Il Presente protocollo deve essere applicato per tutti i tipi di violenza su minori ed adulti.

#### **TIPI DI VIOLENZA**

**Violenza fisica:** dagli schiaffi ai calci fino al tentato omicidio, comprende anche atti violenti contro oggetti appartenenti al traumatizzato (es. fotografie, vestiti).

**Violenza psicologica:** umiliazione, denigrazione, persecuzione, minaccia, intimidazione, restrizione della libertà, atteggiamenti accusatori od offensivi, sottrazione del sonno.

**Violenza sociale:** controllo delle relazioni sociali, imposizioni di orari d'uscita, reclusione, restrizione tramite divieti (es. acquisire la patente di guida), isolamento, stretta correlazione tra violenza e linguaggio.

**Violenza sessuale:** stupro, costrizione ad assumere determinati comportamenti sessuali o ad assistervi contro la propria volontà.

**Violenza economica:** sfruttamento come forza lavoro, divieto di svolgere un lavoro retribuito fuori casa, esclusione della gestione delle entrate famigliari, impedimento dell'indipendenza economica, imposizione di impegni finanziari eccessivi.

#### **OBIETTIVI**

- Facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori.
- Offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all'ascolto, testimonianza del fatto accaduto.
- Conoscere ed utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi ed agli obblighi di legge previsti per il fatto.
- Ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale reperito ed inviarlo al centro di raccolta.

#### **AZIONI PREVISTE**

- Accoglienza e protocollo di individuazione.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 196 di 524**

2. Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione.
3. Esame obiettivo completo
4. Richiesta di consulenze specialistiche ( Visita Ginecologica per la violenza sessuale nella donna/Visita Chirurgica per la violenza sessuale nell'uomo)
5. Informativa all'autorità giudiziaria.
6. Refertazione a favore della vittima in caso di denuncia posposta..
7. Dimissione della vittima o ricovero in regime di degenza.

I punti successivi non sono competenza dell'U.O. di MCAU

1. Acquisizione del consenso al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie.
2. Acquisizione delle prove giudiziarie.

**FASE 1:****ACCOGLIENZA, PROTOCOLLO DI INDIVIDUAZIONE DELLA VIOLENZA****1.1 IN TRIAGE:**

Valutare secondo il protocollo di Triage i soggetti che riferiscono di essere state vittime di violenza o i casi sospetti.

**Non parlare con la vittima davanti ad altri utenti.**

Verificare chi è l'accompagnatore e **non porre le domande** davanti a lui.

Nel dubbio segnalare al medico di sala con telefonata o **accompagnare direttamente** il/la paziente in sala di visita.

La vittima non deve restare troppo ad attendere in atrio, ma essere accompagnata al più presto in ambulatorio, assistita da un'infermiera (preferibilmente dello stesso sesso) e da sola. Deve essere sempre informata su come procederà la visita e le verrà sempre chiesto il consenso su qualunque accertamento a cui verrà sottoposta. (Tenere presente che può anche rifiutarli!)

**1.2 IN SALA VISITA:**

Massima attenzione all'ambiente ed alla riservatezza.

Atteggiamento degli operatori, rassicurante, disponibile all'ascolto, non frettoloso.

Presenza dei soli operatori necessari del servizio con esclusione di ogni altra persona.

Esecuzione delle procedure e degli spostamenti strettamente necessari.

Offrire spiegazioni su tutto l'iter della visita ( anamnesi ed esame obiettivo) , degli esami ematochimici e strumentali e della refertazione.

Se non si dispone della privacy necessaria cercare se possibile uno studio adeguato.

**FASE 2**

Consenso al trattamento dei dati (nostra scheda di triage firmata).

Il consenso al trattamento dei dati personali è esattamente lo stesso per tutti gli utenti del Pronto Soccorso e non è subito necessario nelle situazioni di urgenza. art. 10 legge 675 31/12/1996 e seguenti.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 197 di 524****FASE 3, 5 e 6****STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE E REFERTO MEDICO**

Visitare il/la paziente e descrivere le lesioni riscontrate nella maniera più accurata possibile.

Avvisare eventuali consulenti necessari.

- L'anamnesi deve essere focalizzata su ciò che è importante dal punto di vista medico.
- Le domande devono essere formulate in maniera diretta sull'accaduto.
- Nel porre le domande il medico deve essere empatico e saper esprimere disponibilità e protezione.
- anamnesi remota (malattie pregresse, terapie in atto, allergie, se e quale contraccezione)
- Riguardo la violenza subita, farsi riferire:
  - data, ora e luogo della violenza
  - numero degli autori della violenza
  - se c'è stato uso di forza
  - se c'è stata penetrazione
  - tipo di penetrazione subita ( vaginale, rettale, orale)
  - tipo di rapporto con il violentatore (nel caso in cui la vittima lo conosca)

I vestiti, se il/la paziente viene spogliata andranno raccolti, ciascuno in un contenitore separato e poi tutti insieme racchiusi in un unico contenitore, che sarà sigillato e consegnato alle forze dell'ordine.

Nel contenitore, previo imbustamento, sarà inserito, anche, il lenzuolo su cui il/la pz. si è coricato/a.

L'Esame obiettivo deve essere il più possibile dettagliato possibile, procedendo in modo razionale dalla testa ai piedi e riportando ogni minimo segno o lesione riscontrato, cercando di datarlo.

In particolare, ricercare:

- ecchimosi, contusioni, abrasioni, escoriazioni, lividi, ferite
- soffusioni emorragiche, lesioni petecchiali, morsi
- ricercare ogni punto dolente e/o dolorabile su torace, addome e arti
- controllare il cavo orale alla ricerca di abrasioni e ematomi sottomucosi del palato
- non esaminare i genitali, a meno di gravi lesioni
- se possibile fotografare le lesioni più vistose ed importanti.

Compilazione del referto cercando di essere il più precisi possibile circa luogo, numero degli aggressori e circostanze.

Segnalare nel referto se la vittima, dopo l'aggressione e prima di giungere in Pronto Soccorso, si sia lavata (docce, irrigazioni vaginali, pulitura denti) o ha cambiato abiti e biancheria.

**Si ricorda che esiste obbligo di referto (è un giudizio tecnico diagnostico-prognostico) in tutti i delitti procedibili di Ufficio (omissione di referto art 365 c.p.) e che la trasmissione deve avvenire nel più breve tempo possibile.**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 198 di 524**

(modificato il 3/12/16 su richiesta del dott.Mustaro) Chiamare la Polizia (113) o i Carabinieri (112) e avvertire del problema con riferimento specifico al tipo di violenza e al luogo.

Si ricorda che il procedimento previsto in questo punto deve essere applicato nei seguenti casi:

- Maltrattamenti in famiglia o verso minori ( art. 572 c.p)
- Se la vittima presenta lesioni per le quali è prevista la procedibilità d'Ufficio:
  - Lesione personale lieve (prognosi > 20 gg) (art 582 c.p.);
  - Lesione personale grave (se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa o una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per più di 40gg, o l'indebolimento permanente di un senso o di un organo); (art 583 c.p.)
  - Lesione personale gravissima (se dal fatto deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo o della sua funzione, della capacità di procreare, difficoltà permanente e grave della parola, deformazione o sfregio permanente del viso) (art 583-590 c.p.)
- Se la vittima pur con prognosi inferiore a 20 giorni è stata colpita con armi o sostanze corrosive (art. 585 c.p.).
- Quando vi sia abbandono di minore o di incapace ( es.anziano invalido) (art 591 c.p.).
- Quando vi sia stata omissione di soccorso ( art 593 c.p.).
- Quando vi sia stata violenza privata (art 610 c.p.).
- Quando vi sia stato sequestro di persona (art.605 c.p.) da intendersi come privazione della libertà personale.
- Quando sia stata procurata incapacità a seguito della violenza diversa da quella fisica (shock posttraumatico) o a seguito di somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti (art. 613 c.p.).
- Violenza commessa da/o a pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (artt.336,337 c.p., artt.610 e 61 c.p.).
- Violenza commessa insieme con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio ( rapina, sequestro di persona).
- Minaccia grave o commessa con armi o da più persone riunite (art.612, 2°comma c.p.).
- Quando la vittima è minore di 18 anni nei soli casi in cui il fatto è commesso senza il suo consenso (con minaccia , violenza, abuso di autorità o delle sue condizioni di inferiorità psichica, fisica o traendola in inganno).

**ATTENZIONE** le due circostanze in cui il non aver redatto il referto, non costituisce reato, non si applicano in Pronto Soccorso, ma sono valide solo per i liberi professionisti/studi privati:

- a) se esso espone la persona assistita a procedimento penale ( comma 2 art 365 c.p.);
- b) in ragione della necessità del sanitario di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore ( art 384 c.p.).

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 199 di 524****FASE 4****Trattamento delle lesioni fisiche riscontrate**

- Suture, medicazioni e eventuale profilassi antitetanica
- Eventuali esami di laboratorio e strumentali ( Rx, ecografia, TAC)

**Invio in consulenza**

Il/la paziente, quindi sarà inviata in consulenza ginecologica/chirurgica/urologica secondo necessità.

Successivamente, se il/la paziente non viene ricoverata e ci sia un rischio legato alle modalità dell'aggressione o all'identità dell'aggressore e non siano trascorse più di 72 ore dall'aggressione consulenza in malattie infettive o

**Profilassi antibiotica**

Lo schema consigliato:

AZITROMICINA 1 gr per os o TETRACICLINA 100 mg 1 cp x2 / die x 7 giorni

CEFTRIAZONE 250 mg 1 fl i.m

METRONIDAZOLO 2 gr per os

Se sono presenti ferite sporche: **profilassi antitetanica**

Consigliata la vaccinazione antiepatite B

**Profilassi HIV****FASE 7: DIMISSIONI DELLA VITTIMA O RICOVERO IN DEGENZA**

Prima di dimettere controllare il percorso ed in particolare:

- 1) referto medico
- 2) consulenze e prescrizioni in dimissione
- 3) necessità di ulteriori esami
- 4) invio presso psicologo

**Bibliografia**

1. Protocollo violenza sulle donne – Regione Piemonte
2. Protocollo violenza sulle donne e sui minori – Regione Lazio

**Indicatore**

n.applicazione completa del protocollo \* 100/ totale pz. presentatisi per violenza

Valore atteso

&gt;75%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 200 di 524</b></p>
---	---	--

## [PR050: Consenso Informato in P.S.](#)

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR050</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/09/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

Il consenso informato in Pronto Soccorso non è una prassi abituale poiché, anche, secondo le norme di legge, in emergenza il ricorso al consenso non è praticabile poiché cozza con la necessità di interventi rapidi.

In Pronto Soccorso la richiesta di consenso informato è sicuramente presente:

### **1) al Triage per ticket**

#### **Quando**

Durante la raccolta dei dati anagrafici l'infermiere ha il compito di avvertire l'utente sulla possibilità che venga fatto pagare il ticket alla dimissione.

Sono esclusi dalla procedura di concedere il consenso informato i pazienti con alterazione dei parametri vitali, incapaci di fornire un valido consenso.

#### **Comunicazione di alternative**

L'infermiere dovrà fornire, oltre alla comunicazione della possibile attribuzione del codice, anche, l'indicazione di altre strutture cui è possibile rivolgersi per i sintomi dichiarati dal paziente (medico di famiglia, guardia medica, PPI).

#### **Obblighi**

In caso di sintomi presenti nell'apposito protocollo, l'infermiere invierà il paziente al P.P.I. secondo i protocolli vigenti.

Apposite comunicazioni sono presenti sul foglio di triage.

### **2) Al Triage per comunicazione del referente cui comunicare eventuali dati sensibili**

#### **Quando**

A tutti i pazienti deve essere fornita la possibilità di comunicare se e a chi comunicare notizie sul proprio stato di salute.

### **Indicatore**

n. di schede triage firmate\*100/totale schede triage compilate

### **Valore atteso**

>80%

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 201 di 524</b></p>
---	--	--

## **PR051: Protocollo Uso Massaggiatore Cardiaco Esterno**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR051</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1/07/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
medici ed infermieri

### **SCOPO**

Uso corretto del massaggiatore cardiaco esterno senza perdita di tempo assistenziale per il paziente.

### **Vantaggi**

1. esecuzione di un massaggio cardiaco esterno continuo
2. con compressioni toraciche sempre uguali
3. minor stanchezza degli operatori
4. garanzia di un flusso cardiaco continuo con PAO di 30mmHg circa
5. recupero di un operatore per l'assistenza al paziente
6. ovvero, traducendo, migliore assistenza
7. da notare che durante i 25" necessari per montare il massaggiatore non devono essere interrotte le manovre rianimatorie
8. le brevi soste necessarie per montare l'attrezzo sono ampiamente compensate dai vantaggi che l'uso del massaggiatore comporta

N.B.: si parla di soccorritore e non di medico o infermiere poiché entrambe le figure possono eseguire, indifferentemente, le manovre descritte.

Il presente protocollo si inserisce ed integra **il protocollo gestione infermieristica del codice rosso al punto "G"**.

1. Un secondo soccorritore prende il massaggiatore e lo porta nella stanza ove si trova il pz in arresto cardio circolatorio
2. Il secondo soccorritore prepara la tavola da porre sotto le spalle del paziente
3. Chi esegue il massaggio cardiaco (1' soccorritore) interrompe momentaneamente il massaggio ed aiuta il secondo soccorritore nel posizionamento della tavola sotto il torace e
4. Riprende l'esecuzione del massaggio cardiaco esterno
5. Il 2' soccorritore prende il motore del massaggiatore e lo fissa alla tavola già posta sotto il torace ascoltando i due click (a dx e a sin) che indicano il corretto posizionamento del motore. Durante queste operazioni il massaggio cardiaco non deve essere interrotto!



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 202 di 524**

6. Viene acceso il massaggiatore (se non era stato fatto prima), viene interrotto il massaggio cardiaco
7. viene schiacciato il 1' pulsante per mobilizzare il pistone del massaggiatore cardiaco
8. viene posizionata la ventosa sul torace
9. viene schiacciato il 2' pulsante per memorizzare la posizione iniziale del pistone
10. viene schiacciato il 3' pulsante scegliendo se far eseguire il ritmo 30;2 ovvero il massaggio cardiaco continuo
11. si fissa la cinghia di stabilizzazione, dopo averla fatta passare dietro la parte bassa del collo del paziente, collegandola agli appositi raccordi posti sulle branche laterali del massaggiatore cardiaco
12. si tirano le cinghie per evitare movimenti di basculazione del massaggiatore
13. riprendere il protocollo gestione infermieristica del codice rosso
14. Il massaggiatore cardiaco sarà fermato in caso di ripresa dell'attività cardiaca meccanica ovvero in caso di exitus

**Note**

1. Sulle branche laterali del massaggiatore cardiaco sono presenti due cinghie, una per lato, con chiusura a strappo, utili per fissare le braccia del paziente nel caso in cui il paziente venga trasportato in altra stanza/U.O. ed evitare che gli arti del paziente pensolino fuori dalla barella con possibilità di traumatizzazione.
2. Il personale è stato istruito, con simulazione su manichino, all'uso dell'attrezzo.
3. Chiunque vuole può ripetere il corso pratico, nelle mattine di presenza del Direttore o della Capo Sala dell'U.O. e può essere supervisionato dagli stessi.
4. Esiste un filmato dimostrativo visibile su intranet in corsi e linee guida-lezioni infermieri-uso del massaggiatore cardiaco esterno
5. si suggerisce di ripetere la simulazione almeno una volta al mese (tutti sia medici che infermieri e, su base volontaria, Oss ed Aus)

**errori possibili:****1. sgancio del motore dalla tavola posteriore:**

la conseguenza è uno spostamento del motore senza compressione toracica

**azione:**spegnere immediatamente il massaggiatore,  
riprendere il massaggio cardiaco manuale  
ricominciare dal punto 5**2. mal posizionamento del pistone sul torace**

si osserva un torace compresso in modo anomalo con conseguente insufficiente massaggio cardiaco

**azione:**

spegnere immediatamente il massaggiatore,



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 203 di 524**

smontarlo dalla piastra posteriore  
riprendere il massaggio cardiaco manuale  
ricominciare dal punto 3

**Disposizione finale**

L'aver eseguito il protocollo comporta la necessità di registrare quanto eseguito, pertanto l'infermiere, nella scheda infermieristica, scriverà di aver attuato il presente protocollo

**Indicatore**

**Numero di segnalazioni di applicazione del protocollo\*100/arresti cardiaci su cui è stato praticato MCE**

**Valore atteso**

**>95%**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 204 di 524</b></p>
---	---	--

## **PR052: procedura trasferimento paziente in cardiocirurgia ISMETT**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR052</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/09/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

premessa

*Facendo seguito alle accordi definiti con l'ISMET di Palermo si descrive il protocollo per l'invio di pazienti presso tale U.O.*

**Tipologia di pazienti:** pazienti cardiocirurgici, tra cui di maggior impatto per il P.S. le dissecazioni e l'aneurisma dell'aorta toracica.

L'aorta addominale di norma non è competenza del cardiocirurgo.

### **Procedura di trasferimento paziente già studiato:**

1. contattare il cardiocirurgo ISMET (tel.0912192111- 3357000453)
  2. inviare richiesta di trasferimento per fax 0912192244 (modello allegato)
  3. compilare il consenso informato al trasferimento
  4. compilare il foglio condizioni cliniche del paziente
  5. dopo aver ricevuto l'OK telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo
  6. nel futuro sarà possibile inviare via web le immagini
- n.b. la richiesta di trasferimento, nel caso di difficoltà all'invio via fax, può accompagnare il paziente; dovrà ritornare firmata dal medico dell'ISMETT per essere inserita nel fascicolo paziente

### **Procedura di trasferimento paziente non studiato**

1. Contattare il centro più vicino in grado di completare l'iter diagnostico (Villa Sofia/Cervello)
2. Compilare il consenso informato al trasferimento
3. Compilare il foglio condizioni cliniche del paziente
4. Dopo aver ricevuto l'OK telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo

**Indicatore**

**n.pz con rispetto del protocollo\*100/totale trasferimenti ISMET**

**Valore atteso**

**<5%**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 205 di 524**

**PR053: Frattura Anca over 65**

*TIPO DI DISTRIBUZIONE*

*CONTROLLATA*

*NON CONTROLLATA*

**PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA:  
PRG.Over65.DrTP**

**GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO  
CON FRATTURA DI FEMORE**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

Pagina 206 di 524

<i>PREPARATO</i>	<i>VERIFICATO</i>	<i>APPROVATO</i>
<p><i>Gruppo di lavoro DEL P.O. DI TRAPANI</i></p> <p>_____ Direttore UOC MCAU</p> <p>_____ Direttore UOC Ortopedia</p> <p>_____ Direttore U.O.C. Radiologia</p> <p>_____ Direttore UOC Cardiologia/UTIC</p> <p>_____ Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione</p> <p>----- Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale</p> <p>----- Direttore U.O.C. Medicina</p> <p>----- Direttore U.O.C. Patologia Clinica</p> <p>----- Responsabile Servizio Dietologia</p> <p>----- Responsabile Ufficio Infermieristico</p> <p>----- Responsabile Ufficio Territoriale</p> <p>----- Coordinatore Infermieristico Ortopedia</p> <p>-----</p>	<p><i>Responsabile Qualità Aziendale</i> Dott.ssa M. Anelli</p> <p>_____ <i>Direttore U.O.C. Rischio Clinico Aziendale</i> Dott.ssa M.C. Riggio</p> <p><i>Dirigente Servizio Professioni Infermieristiche-ostetriche</i> Dott.ssa A.Nuccio</p>	<p><i>Direttore Sanitario di Presidio</i> Dott. F. Giurlanda</p>

<i>REV.</i>	<i>DATA</i>	<i>MOTIVO</i>
0	01/06/2016	PRIMA EMISSIONE

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 207 di 524**

1. Scopo	pag. 4
2. Campo di applicazione	pag. 4
3. Lista di distribuzione	pag. 4
4. Team multidisciplinare	pag. 5
5. Matrice delle responsabilità	pag. 6
6. Abbreviazioni	pag. 6
7. Fase Preoperatoria	pag. 7
7.1 Accettazione MCAU	pag. 7
7.2 Ricovero	pag. 8
8. Fase Operatoria	pag.
11	
9. Fase Postoperatoria	pag.
15	
10. Audit	pag.
20	
11. Riferimenti bibliografici e normativi	pag.
20	
Allegato 1	pag.
21	
Allegato 2	pag.
22	
Allegato 3	pag.
25	
Allegato 4	pag.
28	
Allegato 5	pag.
29	
Allegato 6	pag.
31	
Allegato 7	pag.
33	

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 208 di 524**

## 1. Scopo

La seguente procedura fornisce le modalità operative e le responsabilità relative alla gestione del paziente anziano con frattura di femore al fine di assicurare un approccio assistenziale uniforme e omogeneo.

In particolare lo scopo della procedura è quello di:

- Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso;
- Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti  $\geq 65$  anni con frattura di femore
- Garantire appropriati volumi di attività;
- Garantire la tempestività dell'intervento;
- Garantire la mobilitazione precoce;
- Realizzare un modello di assistenza integrata;
- Garantire una efficace assistenza nella fase acuta;
- Garantire un efficace intervento di riabilitazione
- Pianificare una dimissione precoce;
- Misurare la qualità percepita del paziente anziano con frattura di femore.

## 2. Campo di applicazione

La seguente procedura si applica alle Unità Operative del Presidio Ospedaliero. S. Antonio Abate di Trapani coinvolte nel percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore.

Il documento è stato suddiviso in tre fasi:

1. *Fase preoperatoria*
2. *Fase operatoria*
3. *Fase postoperatoria*

## 3. Lista di distribuzione

La presente PRG è inviata per conoscenza, approvazione, controllo ed applicazione, a:

- Direttore Sanitario Aziendale
- Direttore Sanitario di Presidio
- Capo Dipartimento Chirurgico
- Capo Dipartimento Medicina

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 209 di 524**

- Direttore U.O.C. Rischio Clinico
- Responsabile Qualità Aziendale
- Dirigente Servizio Infermieristico Aziendale
- Direttore U.O.C. MCAU
- Direttore U.O.C. Radiologia
- Direttore U.O.C. Cardiologia/UTIC
- Direttore U.O.C. Ortopedia
- Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale
- Direttore U.O.C. Patologia Clinica
- Responsabile Ufficio Infermieristico di Presidio
- Responsabile Ufficio Professioni tecniche riabilitative
- Ufficio Territoriale Ospedaliero
- Coordinatore Infermieristico U.O.C. Ortopedia

**Nota:** La distribuzione della procedura al personale delle UU.OO. sarà curata dai Coordinatori Infermieristici attraverso l'utilizzo di apposita lista di distribuzione da allegare.

La distribuzione della procedura è registrata nel **Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001DrQ.**

**4. Team multidisciplinare**

Il team multidisciplinare di Presidio è costituito da:

- Ortopedico;
- Anestesista
- Cardiologo
- Geriatra/internista
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente sociale
- Infermiere ospedale/territorio

Gli obiettivi e i compiti del team sono di seguito sintetizzati:

- Esprimere parere sulla operabilità del paziente;
- Favorire l'ottimizzazione clinica;
- Ridurre il numero dei pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti.
- Definire e rivedere quotidianamente gli obiettivi di stabilizzazione da raggiungere reinserendo il paziente nella lista operatoria non appena vengono raggiunti;



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 210 di 524**

- adottare un protocollo standard di richiesta di sangue, che rifletta il fabbisogno locale di sangue per il tipo di intervento (cd. MSBOS – Maximum Surgical Order Schedule).

*Il coordinamento del gruppo è affidato al Direttore dell'U.O. Ortopedia.***5. Matrice delle responsabilità**

La responsabilità per la gestione del percorso assistenziale è così distribuita:

<i>Funzione</i> <i>Attività</i>	<i>Medico MCAU</i>	<i>Radiologo</i>	<i>Ortopedico</i>	<i>Geriatra/internista</i>	<i>Cardiologo</i>	<i>Anestesista</i>	<i>Medico SIT</i>	<i>Triagista</i>	<i>Infermiere U.O. Ortopedia</i>	<i>fisioterapista</i>	<i>Ufficio territoriale</i>	<i>Assistente Sociale</i>	<i>Direzione Sanitaria di Presidio</i>
<b>Fase Preoperat. 7.1 Accettaz.</b>	R	R	C	I	I	I	I	R	I	I	I	I	I
<b>Standard 1</b>	R	R	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
<b>Fase Preoperat. 7.2 Ricovero</b>	I	C	R	C	C	C	C	I	R	I	I	I	I
<b>Standard 2</b>	I	I	R	C	C	R	C	I	C	I	I	I	I
<b>Fase Operatoria</b>	I	C	R	I	I	R	C	I	I	I	I	I	I
<b>Standard 3</b>	I	I	R	C	C	R	C	I	I	I	I	I	I
<b>Standard 4</b>	I	I	R	C	C	R	C	I	C	I	I	I	I
<b>Fase Postoperatoria</b>	I	I	R	C	C	C	C	I	R	R	R	R	I
<b>Standard 5</b>	I	I	R	I	I	I	I	I	I	R	I	I	I
<b>Pianificazione dimissione</b>	I	I	C	I	I	I	I	I	C	C	R	R	C
<b>Standard 6</b>	I	I	I	i	i	i	i	I	I	I	R	R	I
<b>Audit</b>	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	R

**6. Abbreviazioni**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 211 di 524**

MCAU: Medicina e Chirurgia Accettazione Urgenza

UTIC: Unità Terapia Intensiva Cardiologica

UU.OO.: Unità Operative

RMN: Risonanza Magnetica Nucleare

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata

NRS: Numerical Rating Scale

S.O.: Sala Operatoria

TVP: Tromboembolismo venoso profondo

**7. Fase Preoperatoria**

Nella fase preoperatoria devono essere compiuti tutti gli accertamenti necessari utili a confermare il sospetto di frattura di femore e indirizzati all'intervento chirurgico secondo gli standard indicati.

**7.1 Accettazione MCAU**

Il paziente che accede al Pronto Soccorso con la tipica sintomatologia sospetta per frattura di femore (dolore all'inguine, arto accorciato ed extra ruotato, impossibilità alla mobilizzazione) viene accettato in **codice giallo** dall'Infermiere del triage e avviato a visita medica.

Al fine di consentire l'accesso rapido in sala operatoria dei pazienti stabili e prevenire complicanze successive, è raccomandato:

- ***Valutazione clinica e raccolta anamnesi.***

Valutare la presenza di danni neurologici, lo stato mentale, la mobilità e abilità precedenti e la terapia in atto.

- ***L'effettuazione degli esami riportati in allegato 1.***

- ***Valutazione e controllo del dolore.***

Da registrare e monitorare periodicamente attraverso l'utilizzo delle scale NRS e/o PAINAD.

**La terapia antalgica prevede il paracetamolo come farmaco di prima scelta.**

Non si esclude l'utilizzo di oppioidi, anche in associazione, mentre sono sconsigliati i FANS.

**Nota:** *attenzione specifica al dolore deve essere posta durante la movimentazione del paziente per l'esecuzione degli esami. L'uso routinario della trazione preoperatoria non è raccomandato.*

- ***Infusione di liquidi.***

Consigliabile iniziare già al MCAU l'infusione di soluzione fisiologica o di soluzioni bilanciate elettrolitiche prestando attenzione al sovraccarico di circolo in presenza di comorbidità.

- ***Prevenzione delle lesioni da pressione.***

Evitare la permanenza protratta dei pazienti sulle tavole spinali rigide (oltre 60-90 minuti).

- ***Riscaldamento del paziente.***

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 212 di 524**

Soprattutto in caso di permanenza del paziente in MCAU per un periodo superiore alle 4 ore.

○ **Valutazione ossigenazione.**

Qualora venga rilevata una ipossiemia va somministrato O<sub>2</sub> supplementare.

○ **Cateterismo vescicale.** È indicato in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi.

<b>1</b>	<i>Standard</i>	<b>Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso</b>
	<i>Indicatore</i>	Tempo di permanenza al MCAU (entrata – uscita) Per uscita si intende il ricovero in U.O. o avvio in S.O.
	<i>Valore atteso</i>	< 4 ore

**Nota:** Il ricovero rappresenta la procedura standard per tutti i pazienti anziani con frattura di femore anche nel caso venga prospettata una terapia conservativa essendo di regola necessario stabilizzare le condizioni cliniche, ottimizzare il trattamento del dolore e consentire di organizzare una dimissione protetta con adeguato supporto medico-infermieristico e assistenziale.

## 7.2 Ricovero

Il paziente proveniente dal MCAU verrà trasferito in U.O. nel minor tempo possibile e sarà preso in carico dal personale infermieristico dell'U.O. di Ortopedia che registrerà sul Registro Trauma le generalità e l'ora di arrivo.

La presa in carico del paziente da parte del personale infermieristico dell'U.O. prevede:

- la compilazione della cartella infermieristica in cui attuare:
  - **Rilevazione dei parametri e del dolore** (Scheda STU);
  - **Valutazione e Prevenzione delle lesioni da pressione** attraverso l'utilizzo dei materassini antidecubito e il cambio posturale;
  - **Valutazione su:** rischio cadute, autonomia motoria, stato cognitivo e patologie ossee preesistenti, condizioni sociali ed economiche, stato nutrizionale;
  - **Mantenimento della temperatura corporea;**
  - **Cateterismo vescicale.** Il catetere vescicale è indicato in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi.
- **Compilazione BRASS INDEX** entro 48 ore dal ricovero. **Allegato 2**

La valutazione dell'ortopedico, che si avvarrà della documentazione clinica del paziente, stabilirà la necessità di ulteriori indagini diagnostiche e attiverà la consulenza anestesiológica.

La valutazione e la stabilizzazione clinica del paziente non devono produrre inutili ritardi dell'intervento poiché sia un eccessivo tempo di attesa sia la presenza di condizioni cliniche instabili nella fase preoperatoria possono aumentare il rischio di complicanze nel postoperatorio.

La presa in carico del paziente da parte dell'ortopedico prevede altresì:

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 213 di 524**

- **Controllo del dolore** seguendo le stesse indicazioni del MCAU.
- **Valutazione su:** autonomia motoria, stato cognitivo e patologie ossee preesistenti, tono dell'umore, stato nutrizionale, stato funzionale pre frattura;
- **Misurare e correggere ogni alterazione idro-elettrolitica**
- **Valutazione cardiologica** Nel paziente anziano stabile le linee guida non raccomandano una valutazione cardiologica routinaria.
- **Impostare profilassi antibiotica** Cefazolina 1 gr. X 2
- **Valutazione e controllo profilassi TVP** (chirurgia a rischio elevatissimo).

**Allegato 3.**

- **Valutazione sulla terapia anticoagulante e antiaggregante**

Mentre sono ormai standardizzati gli interventi per la reversibilità degli anticoagulanti orali e in genere non comportano ritardi oltre 24 ore, più complessa è la gestione della terapia antiaggregante. Sono sempre più frequenti i pazienti fratturati di femore in trattamento con antiaggreganti singolarmente o in associazione, per pregresse sindromi coronariche acute, rivascolarizzazione coronarica percutanea, vasculopatie cerebrali o periferiche; in questi casi non sembra opportuno sospendere i trattamenti in atto con tienopiridine poiché si evidenzia il rischio di sindromi coronariche acute in seguito alla sospensione del trattamento.

Le linee guida concordano che il trattamento con antiaggreganti piastrinici non giustifica un ritardo preoperatorio; in questi casi trovano indicazioni tecniche anestesiológicas periferiche che, oltre a non richiedere la sospensione degli antiaggreganti, offrono il vantaggio di un effetto antalgico attivo anche nel periodo postoperatorio. Per quanto riguarda il rischio di maggior sanguinamento operatorio nei soggetti che assumono antiaggreganti, gli studi eseguiti confermano un lieve incremento della richiesta di trasfusioni che comunque non controindica l'intervento. Si consiglia comunque di avere a disposizione preparati piastrinici che possono essere utilizzati in caso di sanguinamento significativo.

- o **Valutazione sulla terapia di supporto trasfusionale.**

All'atto della valutazione preoperatoria del paziente, si suggerisce la valutazione del rischio emorragico che deve includere l'anamnesi emorragica familiare e personale volta a rilevare eventuali emorragie spontanee, post-traumatiche o post-chirurgiche o l'uso di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. **Allegato 4**

Nel caso di anamnesi positiva, per un approfondimento diagnostico, si può procedere come segue:

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

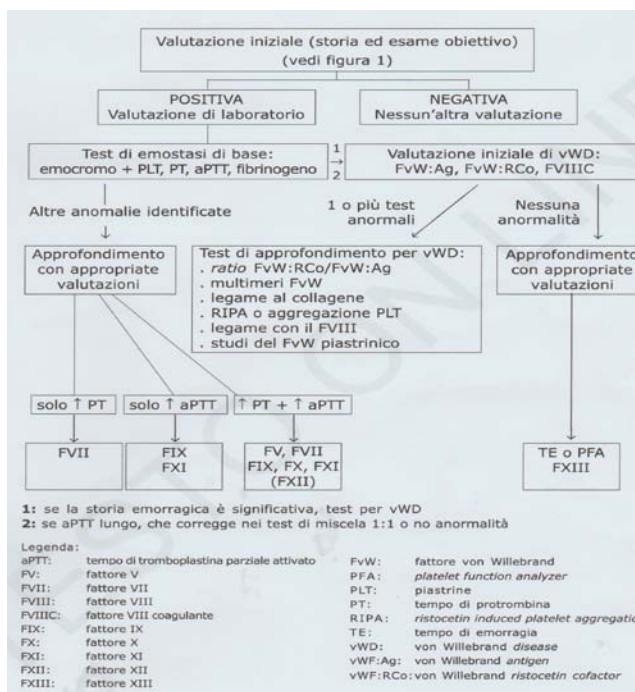
N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 214 di 524**



In caso di deficit coagulativo va attuata terapia sostitutiva del fattore carente, in caso di piastrinopenia si suggerisce, a livello profilattico, di portare la conta piastrinica al di sopra di  $50 \times 10^9/L$ . si suggerisce di somministrare le prime dosi di piastrine immediatamente prima dell'intervento e ulteriori dosi successivamente, in base alle necessità cliniche.

Nei deficit funzionali piastrinici (Piastrinopatie) le trasfusioni piastriniche sono indicate, indipendentemente dalla conta, per la profilassi di eventi emorragici nei pazienti ad alto rischio di sanguinamento.

Per quanto riguarda l'anemia, considerate le condizioni che, secondo McLaughlin, richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiore) e le condizioni che opportuno correggere ma non giustificano un

ritardo dell'intervento (minori), il valore che viene considerato tra le condizioni maggiore è quello dell'Hb  $\leq 7.5$  g/dl. Valori tra 7.6 e 8 g/dl vengono considerate tra le condizioni minori. Quindi i pazienti con valori di Hb  $< 7.5$  g/dl vanno trasfusi prima dell'intervento.

La presenza contemporanea di anemia e piastrinopenia aumenta il rischio emorragico, per cui in pazienti con conta piastrinica  $< 20 \times 10^9/L$ , oltre alla correzione della conta piastrinica a livelli adeguati alla gestione della procedura da effettuare, un incremento dell'ematocrito intorno al 30% può ridurre il rischio emorragico.

**- Consenso informato**

Le condizioni che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori) sono:

	Alterazione	Maggiore	Minore
1	Pressione arteriosa	PAS $\leq 90$	PAS $\geq 181$ ; PAD $\geq 111$
2	Ritmo e frequenza	FA o TSV $\geq 121$ ; TV, BAV III° grado o bradicardia $\leq 45/m'$	FA o TSV 101-120; TS $\geq 121$ ; bradicardia 46-50/m'
3	Infezioni/polmoniti	T° $< 35$ - $\Rightarrow 38.5$ con segni clinici o radiologici di polmonite	T° $\geq 38.5$ Segni clinici di polmonite Segni radiologici di polmonite
4	Dolore toracico	Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato	Dolore toracico con ECG normale
5	Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o scompenso	Dispnea o rumori polmonari senza

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 215 di 524**

		cardiaco congestizio con versamento all'esame radiologico con dispnea e/o obiettività alterata	alterazioni radiologiche o segni di stasi al torace senza sintomi soggettivi
<b>6</b>	Insufficienza respiratoria	SO <sub>2</sub> < 90% o pO <sub>2</sub> < 60 mmHg o pCO <sub>2</sub> => 55 mmHg	pCO <sub>2</sub> 46-55mmHg
<b>7</b>	Elettroliti	Na =< 125 o > 155 mEq/l K < 2.5 o => 6.1 mEq/l HCO <sub>3</sub> < 18 o > 36 mEq/l	Na 126 - 128 o 151 - 155 mEq/l K < 2.5 - 2.9 o 5.6 - 6.0 mEq/l HCO <sub>3</sub> 18 - 19 o 35 - 36 mEq/l
<b>8</b>	Glicemia	> 600 mg/dl	451 - 600 mg/dl
<b>9</b>	Azotemia/creatinina	Azotemia > 50 mg/dl o Creatinina => 2.6 mg/dl	Azotemia 41 - 50 mg/dl o Creatinina 2.1 - 2.5 mg/dl
<b>10</b>	Anemia	Hb <= 7.5 g/dl	Hb 7.6 - 8 g/dl

Tuttavia nelle situazioni di urgenza il paziente può essere inviato direttamente in sala operatoria, sotto stretto monitoraggio internistico, rimandando al post-operatorio la stratificazione del rischio e il trattamento dei fattori di rischio individuati.

Quando appropriata, la scelta di rimandare l'intervento per ragioni cliniche deve comunque essere tempestiva e documentata.

**Nota:** Al fine di minimizzare i casi di ritardo dell'intervento per ragioni non cliniche, compatibilmente con le urgenze e le risorse disponibili, occorrerà dare priorità agli esami strumentali dei pazienti anziani con frattura di femore, e la sala operatoria dovrà essere attivata anche ricorrendo alla pronta disponibilità.

<b>2</b>	<i>Standard</i>	<b>Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 anni con frattura di femore</b>	
	<i>Indicatore</i>	% di pazienti <b>NON</b> operati	
	<i>Valore atteso</i>	Nel 2016 ≤ 7 %	Nel 2017 ≤ 5 %

## 8. Fase Operatoria

L'intervento chirurgico deve essere eseguito rapidamente nei soggetti clinicamente stabili in modo da ridurre l'attesa preoperatoria entro le 24-48 ore (urgenza differita) con l'obiettivo di consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico.

Le valutazioni in questa fase riguardano principalmente:

- **Tecniche operatorie.** Le principali linee guida raccomandano tecniche di fissazione interna per fratture intracapsulari composte e riduzione e fissazione interna o protesi (endoprotesi o protesi totali) nelle forme intracapsulari scomposte. In genere, nel paziente geriatrico è preferibile l'endoprotesi che, seppure più invasiva, consente il carico immediato con minori rischi di reintervento per fallimento della fissazione, oppure la protesi totale in soggetti attivamente deambulanti all'esterno, in buone condizioni di salute e cognitivamente competenti, o in caso di artrosi inveterata. La sintesi può avvenire con vite-placca, chiodo endomidollare o similare.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 216 di 524**

- **La gestione del paziente.** in sala operatoria dovrà seguire quanto indicato nel “Manuale delle Raccomandazioni per la sicurezza”
- **Anestesia.** Non sembrano esistere differenze significative tra tecniche di anestesia generale o regionale in termini di mortalità, complicanze (polmoniti, ictus, insufficienza cardiaca o renale) e durata della degenza, anche se l’uso dell’anestesia spinale/epidurale sembrerebbe correlato a minore insorgenza di stati confusionali acuti e di trombosi venosa nel post-operatorio.  
La scelta sul tipo di anestesia deve essere individualizzata e tenere conto delle comorbidità del paziente, del grado di collaborazione, della presenza di controindicazioni all’utilizzo di una o dell’altra tecnica (es. terapia con alcuni farmaci antiaggreganti), della durata dell’intervento.  
Tecniche periferiche di blocco continuo del plesso lombare possono essere applicate anche in corso di terapia antiaggregante e consentono anche la gestione del dolore nella fase post- operatoria; pertanto, quando non controindicate, dovrebbero essere preferite tecniche di anestesia regionale/periferica in questo tipo di pazienti.  
Di fondamentale importanza è cercare di mantenere l’omeostasi durante l’intervento, evitando in particolare l’ipotermia e gli squilibri idro-elettrolitici  
Il delirium post-operatorio sembra essere correlato alla pre-esistenza di deficit cognitivi, di depressione, ad alterazioni elettrolitiche, alla presenza di deficit visivi o uditivi, all’utilizzo di benzodiazepine, di farmaci anticolinergici più che al tipo di anestesia (generale o regionale).
- **Trasfusione intraoperatoria.** La corretta gestione intraoperatoria del paziente comprende la valutazione ed il monitoraggio dei seguenti parametri:
  - ✓ Quantità di sangue perso
  - ✓ Hb o Hct
  - ✓ Segni di inadeguata perfusione e ossigenazione degli organi vitali;
  - ✓ Conta piastrinica
  - ✓ Pt, aPTT, Fibrinogeno, AT, D-dimero

La valutazione delle perdite ematiche dovrebbe basarsi sul volume di sangue rimosso dal campo chirurgico dagli aspiratori e su quello assorbito da garze e tamponi.

La principale strategia terapeutica nel trattamento dell’emorragia acuta è la prevenzione o la correzione dello shock ipovolemico. Per assicurare l’ossigenazione tissutale è fondamentale ripristinare la volemia mediante l’infusione di cristalloidi/colloidi. Le soluzioni di cristalloidi e i colloidi non proteici sono il trattamento di prima scelta.

**d) Terapia Trasfusionale nell’anemia acuta**

La decisione di Trasfondere emazie concentrate nel periodo intraoperatorio dipende dalla concentrazione di Hb, dall’entità e rapidità della perdita ematica e delle condizioni cliniche del paziente, in particolare dalla presenza di segni e sintomi di ridotta ossigenazione locale o generale (Tachicardia, ipotensione, Dispnea, Comparsa di sopra o sotto –slivellamento del tratto ST, Comparsa di aritmie).



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 217 di 524**

Una perdita di volume ematico inferiore al 15%, generalmente non produce sintomatologia e non necessita di trasfusione, se non è preesistente anemia.

Quando la perdita è compresa tra il 15 ed il 30% , si ha una tachicardia compensatoria e la trasfusione può essere indicata solo in presenza di anemia preesistente o di concomitante patologia cardiopolmonare.

Perdite ematiche superiori al 30% possono causare shock e, quando si supera il 40%, lo shock diviene severo. La probabilità di dovere utilizzare la terapia trasfusionale con emazie concentrate aumenta notevolmente per perdite del 30-40%, anche se, in soggetti precedentemente sani, può essere sufficiente il solo ripristino della volemia.

La trasfusione diviene un provvedimento salvavita per perdite superiori al 40%.

I pazienti con emorragia acuta possono presentare valori di Hct e Hb normali, o addirittura elevati, finché il volume plasmatico non vien ripristinato; in questa condizione diviene quindi estremamente importante la valutazione clinica del paziente.

Tuttavia si può suggerire che valori di Hb inferiori a 60 g/L rendono quasi sempre necessaria la terapia trasfusionale.

Nel paziente con valori di Hb tra 60 e 80 g/L, in assenza di fattori di rischio, con meccanismi di compenso adeguati la terapia trasfusionale non trova indicazione.

Nel paziente con valori di Hb tra 60 e e 80 g/L in presenza di fattori di rischio (malattia coronarica, insufficienza cardiaca, patologia cerebrovascolare/meccanismi di compenso limitati) o in presenza di sintomatologia indicativa di ipossia (Trigger trasfusionali fisiologici: tachicardia, ipotensione, segni elettrocardiografici di ischemia, acidosi lattica, etc) vi è indicazione alla terapia trasfusionale.

Nel paziente con valori di Hb tra 80 e 100 g/L in presenza di sintomatologia indicativa di ipossia (Trigger trasfusionali fisiologici: tachicardia, ipotensione, segni elettrocardiografici di ischemia, acidosi lattica, etc) vi è indicazione alla terapia trasfusionale.

Sono da considerarsi indicazioni inappropriate all'utilizzo delle emazie concentrate:

- anemia con valori di Hb superiori a 10 g/L (in assenza di specifici fattori di rischio)
- espansione del volume ematico.

**e) Terapia della piastrinopenia e piastrinopatia**

La trasfusione intraoperatoria di piastrine è indicata per la terapia delle emorragie, nei pazienti affetti da piastrinopenia o deficit funzionali, primitivi o secondari, delle piastrine

La decisione di trasfondere concentrati piastrinici non deve basarsi esclusivamente su un basso conteggio piastrinico, ma deve tenere conto anche delle condizioni cliniche del paziente, in particolare febbre > 38,5°C, disordini plasmatici della coagulazione, emorragie recenti, deficit neurologici.

Indicazione assoluta deve essere considerata una severa piastrinopenia accompagnata da emorragie clinicamente rilevanti.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 218 di 524**

Nel paziente chirurgico con sanguinamento in atto si suggerisce la trasfusione di piastrine se la conta è  $< 50 \times 10^9/L$ ; se invece la conta è  $> 100 \times 10^9/L$  si suggerisce di non ricorrere alla trasfusione.

Durante le trasfusioni massive si suggerisce una soglia trasfusionale di  $75 \times 10^9/L$ , in modo che le piastrine non scendano al di sotto di  $50 \times 10^9/L$ .

La dose media per ogni trasfusione deve essere di circa  $3 \times 10^{11}$  Piastrine (1 concentrato da aferesi o 5-8 concentrati da buffy coat)

**f) Terapia trasfusionale con Plasma Fresco Congelato**

Nel periodo intraoperatorio la trasfusione di Plasma Fresco Congelato trova indicazione per la correzione di deficit fattoriali congeniti della coagulazione, per i quali non esista concentrato specifico, o di deficit fattoriali multipli acquisiti della coagulazione, quando PT o aPTT, espressi come ratio, siano  $> 1,5$ , nelle seguenti circostanze:

- ✓ In presenza di epatopatia acuta o cronica e sanguinamento in atto
- ✓ In presenza di CID acuta e sanguinamento in atto, in associazione alla correzione della causa scatenante
- ✓ Prevenzione del sanguinamento intraoperatorio, in pazienti con CID e/o epatopatia acuta o cronica, senza sanguinamento in atto
- ✓ Correzione del sanguinamento micro vascolare in pazienti sottoposti a trasfusioni massive.
- ✓ Deficit di singoli fattori della coagulazione, in assenza di concentrati specifici, in presenza di sanguinamento in atto o per prevenirlo, nel corso dell'intervento chirurgico.

La dose terapeutica iniziale raccomandata di Plasma Fresco congelato è di 10 – 15 ml/Kg di peso corporeo. Il dosaggio dipende, in ogni modo, dal monitoraggio della situazione clinica e dei parametri laboratoristici, che possono giustificare la somministrazione di dosi superiori.

Controindicazioni assolute all'utilizzo del Plasma Fresco congelato sono la documentata intolleranza verso il plasma o suoi componenti ed il deficit congenito di immunoglobuline A (IgA), in presenza di anticorpi anti IgA.

Controindicazioni relative sono rappresentate da scompenso cardiaco ed edema polmonare.

**g) Terapie farmacologiche**

Va, inoltre valutata, la necessità di utilizzo di farmaci quali concentrato di Fibrinogeno, indicato in caso di ipofibrinogenemia grave ( $< 1g/L$ ), concentrati di Anitrombina III, che trova quasi esclusiva indicazione nelle condizioni di carenza congenita, infatti l'uso di concentrato di Antitrombina, nel corso di emorragie acute, se associate ad uno stato di carenza acquisita di Antitrombina, non è indicato, anche in presenza di livelli di Antitrombina decisamente inferiori alla norma.

L'utilizzo di farmaci antifibrinolitici (acido tranexanico) sembra avere una certa efficacia nel ridurre il consumo di sangue.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 219 di 524**

Per quanto riguarda il fattore VII attivato ricombinante esso è indicato per la profilassi preoperatoria ed il trattamento dell'emorragia in pazienti affetti da Emofilia A e B con inibitori, nei quali non sia possibile o non sia indicato il trattamento sostitutivo con il fattore carente, in pazienti affetti da emofilia acquisita, da deficit congenito di fattore VII, da trombo astenia di Glanzman associata a refrattarietà alla trasfusione piastrinica.

➤ **Terapia antalgica**➤ **Controllo radiografico post-intervento**

<b>3</b>	<i>Standard</i>	<b>Garantire appropriati volumi di attività</b>
	<i>Indicatore</i>	Nr di interventi annui per struttura complessa Soglia minima di volume di attività
	<i>Valore atteso</i>	75 interventi/anno

<b>4</b>	<i>Standard</i>	<b>Garantire la tempestività dell'intervento</b>
	<i>Indicatore</i>	% di pazienti operati entro 48 ore
	<i>Valore atteso</i>	Obiettivo Direttore Generale

**9. Fase Postoperatoria**

Nel periodo postoperatorio è fondamentale monitorare e sorvegliare alcuni aspetti critici. L'incidenza di complicanze mediche è correlata al numero delle comorbidità pre-frattura e alla presenza di patologie acute non stabilizzate prima dell'intervento.

L'insorgenza di complicanze maggiori in particolare di tipo cardiaco e polmonare, rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza a breve e a lungo termine. Nella fase post-operatoria la presenza del geriatra/internista è fondamentale per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente.

**Principali aspetti di Nursing da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria****1. Rilevazione dei parametri e del dolore (Scheda STU)**

Un inadeguato trattamento del dolore perioperatorio è correlato a maggiore incidenza di delirium, depressione, complicanze cardio-polmonari, minore recupero delle capacità funzionali a breve e a 6 mesi, maggiore durata della degenza, scadente qualità di vita, incremento della mortalità.

La rilevazione del dolore, già avviata nel Pronto Soccorso deve proseguire quotidianamente nel corso della degenza, sia a riposo che nel corso del nursing e della seduta riabilitativa attraverso l'uso delle scale di valutazione precedentemente citate.

**2. Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione**

I pazienti con frattura di femore hanno un elevato rischio di lesioni da pressione a causa delle comorbidità preesistenti e della forzata immobilizzazione.

Alcuni interventi sono prioritari nell'attività di nursing: la correzione di fattori di rischio modificabili come la malnutrizione, una attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito, sin dal momento di ingresso in ospedale (compresa la sala operatoria), l'adozione di protocolli operativi per la rotazione periodica del decubito e l'ispezione quotidiana delle sedi a rischio, la rapida mobilizzazione fuori dal letto.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 220 di 524****3. Mantenimento della temperatura corporea****4. Ossigenazione ematica**

La misura della saturazione deve essere effettuata per ogni paziente all'ingresso e corretta nel caso di valori anomali. La somministrazione di ossigeno, se non controindicato, deve essere protratta per 24-72 ore dopo l'intervento con uno stretto monitoraggio della saturazione che deve restare superiore al 95%, compatibilmente con la saturazione basale pre-frattura.

– **Alimentazione ed apporto calorico-proteico** – Consulenza Dietologo

Lo stato di malnutrizione calorico proteica, che spesso caratterizza i pazienti con frattura di femore da fragilità, comporta un maggior rischio di complicanze, come infezioni e lesioni da pressione, un prolungamento della degenza e un aumento della mortalità. Durante la degenza il quadro può peggiorare a causa dell'aumento delle richieste energetiche e della carente assunzione di alimenti, favorita da prolungati quanto non necessari digiuni preoperatori e dal vomito postoperatorio non adeguatamente contrastato.

○ **Prevenzione dell'incontinenza e gestione del catetere vescicale**

La cateterizzazione routinaria perioperatoria non è indicata, a causa dell'incremento del rischio di infezioni che comporta; è indicata in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi.

L'effettuazione di anestesia spinale/peridurale può aumentare la necessità di cateterizzazione vescicale.

○ **Prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico**

L'immobilità, la disidratazione, l'uso di diete povere di fibre e di analgesici oppioidi può favorire l'insorgenza di queste complicanze, la cui prevenzione si basa sui seguenti interventi: rapida mobilizzazione, adeguata idratazione orale, dieta appropriata e uso di lassativi.

○ **Medicare la ferita entro 24-48 ore.**

○ **Utilizzo alza coperte**

**Principali aspetti clinici da monitorare e sorvegliare oltre i precedenti, nella fase postoperatoria**

○ **Misurare e correggere ogni alterazione idro-elettrolitica**

La disidratazione, condizione presente sin dall'ingresso, nei pazienti con frattura di femore può compromettere la funzione renale, la stabilità cardiovascolare, la funzione cerebrale e, in fase postoperatoria, causare ipotensione ortostatica che ritarda l'inizio della verticalizzazione e della deambulazione. Pertanto, l'integrazione idroelettrolitica sia per via venosa che per via orale è raccomandata routinariamente nella fase perioperatoria.

○ **Trasfusione postoperatoria**

Per quanto riguarda la gestione del paziente nel postoperatorio, per le terapie trasfusionali, rimangono valide le stesse indicazioni previste nell'intraoperatorio, cioè :

- 1) Valori di Hb inferiori a 60 g/L rendono quasi sempre necessaria la terapia trasfusionale.
- 2) Valori di Hb tra 60 e 80 g/L, in assenza di fattori di rischio, con meccanismi di compenso adeguati la terapia trasfusionale non trovano indicazione alla trasfusione.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 221 di 524**

- 3) Valori di Hb tra 60 e e 80 g/L in presenza di fattori di rischio (malattia coronarica, insufficienza cardiaca, patologia cerebrovascolare/meccanismi di compenso limitati) o in presenza di sintomatologia indicativa di ipossia (Trigger trasfusionali fisiologici: tachicardia, ipotensione, segni elettrocardiografici di ischemia, acidosi lattica, etc) possono avere indicazione alla terapia trasfusionale.
- 4) Valori di Hb tra 80 e 100 g/L in presenza di sintomatologia indicativa di ipossia (Trigger trasfusionali fisiologici: tachicardia, ipotensione, segni elettrocardiografici di ischemia, acidosi lattica, etc) possono avere indicazione alla terapia trasfusionale.

Sono da considerarsi indicazioni inappropriate all'utilizzo delle emazie concentrate:

- ✓ anemia con valori di Hb superiori a 10 g/L (in assenza di specifici fattori di rischio)
- ✓ espansione del volume ematico.

Nel periodo postoperatorio, sono da tenere presenti intanto il fatto che diversi trials clinici hanno dimostrato che l'adozione di soglie trasfusionali restrittive (Hb= 70-80 g/L) garantisce uguale sicurezza per il paziente dell'adozione di soglie trasfusionali liberali (Hb=100 g/L) ed un contenimento del fabbisogno trasfusionale.

Inoltre, può essere valutata l'opportunità di utilizzare la terapia infusione di ferro in vena, più o meno associato alla somministrazione di Eritropoietina.

Può, inoltre, essere preso in considerazione l'adozione dell'autotrasfusione mediante recupero postoperatorio.

Per quanto riguarda la trasfusione di concentrati piastrinici e di plasma fresco congelato, va applicato quanto previsto per la trasfusione intraoperatoria.

#### ○ *Prevenzione e gestione del delirium*

Episodi di delirium compaiono in oltre la metà di pazienti con frattura di femore e si associano a minor recupero funzionale, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità. Fattori predisponenti sono l'età avanzata e un preesistente deterioramento cognitivo, ai quali si possono associare diverse condizioni che agiscono da fattori scatenanti, come infezioni polmonari e urinarie, uso di anticolinergici e anestetici, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore e inadeguata illuminazione, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione.

#### **Principali aspetti Riabilitativi da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria**

- **Mobilizzazione precoce.** Entro 48 ore dall'intervento.

Il paziente clinicamente compensato e con sintesi stabile deve iniziare la mobilizzazione in prima giornata postoperatoria. Un ritardo oltre 48 ore nella mobilizzazione postoperatoria, potrebbe vanificare l'effetto positivo dell'intervento chirurgico.

La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione (seduta –in piedi). Per quanto riguarda il tipo di trattamento fisioterapico, vi sono evidenze che un training aggiuntivo di rinforzo muscolare migliori significativamente la forza dei flessori dell'anca, del quadricipite e la velocità del cammino rispetto al training standard, ma non vi sono differenze nelle ADL, nel cammino e nella capacità di effettuare i passaggi seduto-in piedi.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 222 di 524**

Per ogni paziente preso in carico viene stilato, da parte del team della riabilitazione, il Progetto riabilitativo individuale (PRI).

La cartella clinica riabilitativa, deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e disabilità (funzioni cognitive, motorie, respiratorie, cardiologiche, deglutizione, ausili per l'autonomia, controllo degli aspetti nutrizionali, supporto psicologico, ecc.), del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti e del raggiungimento degli obiettivi funzionali attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento ai fini di una confrontabilità dei risultati a livello nazionale e internazionale (preferibilmente di rapida esecuzione quale il Barthel Index). Di fondamentale importanza è l'utilizzo di strumenti di comunicazione formalizzati e condivisi nell'ambito della cartella clinica che consentano un rapido passaggio di consegne tra i componenti del team come ad esempio rispetto al carico, alle posture o alle modalità di trasferimento.

Sulla base della valutazione dell'ortopedico dovrà essere programmato il trasferimento nelle sedi più opportune di continuazione del PRI.

Elementi fondamentali per la piena realizzazione del programma riabilitativo sono:

- ✓ l'aver effettuato un tipo di intervento chirurgico che consenta:
- ✓ una mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore) comprendente sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione seduta- in piedi che il cammino con livelli di complessità crescenti comprese: velocità, cambiamenti di direzione, salita, discesa e scale,
- ✓ un carico immediato,
- ✓ il buon controllo del dolore, delle funzioni cardio-respiratorie e dei valori pressori,
- ✓ la precocità della visita di controllo ortopedico (e della RX di controllo) con la prescrizione del tipo di carico sopportato.

Le raccomandazioni che ne conseguono sono:

Valutazione e presa in carico precoce, entro 24/48 ore dall'intervento, da parte del fisioterapista se le condizioni mediche o chirurgiche del paziente lo consentono, altrimenti il programma riabilitativo viene dilazionato in base alle indicazioni del Team riabilitativo.

Il programma da svolgere include:

- posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e dei trasferimenti in carrozzina
- training alle autonomie nelle ADL primarie (in particolare lavarsi, vestirsi e accedere al bagno) counselling all'assistito e al care giver
- nel caso vi sia la concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura (è indicato l'ortostatismo) e il training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili. I criteri per l'identificazione dell'ausilio (deambulatori, antibrachiali, ecc.) nelle diverse fasi sono: 1) rispetto della tipologia di carico; 2) garanzia della sicurezza del paziente in base alle sue capacità funzionali e al livello cognitivo

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 223 di 524**

- nel caso non vi sia concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura, trasferimenti e delle autonomie nelle ADL oltre al counselling del care giver.

<b>5</b>		<i>Standard</i>	<b>Garantire la mobilitazione precoce</b>
	<b>5.1</b>	<i>Indicatore</i>	% di pazienti con carico precoce entro 48 ore
		<i>Valore atteso</i>	> 20 %
	<b>5.2</b>	<i>Indicatore</i>	% di pazienti verticalizzati entro 48 ore
<i>Valore atteso</i>		> 30 %	

### Pianificazione della dimissione nella fase acuta

La pianificazione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei successivi percorsi di continuità assistenziale riduce i tempi di degenza, le riammissioni in ospedale e la mortalità a breve termine ed aumenta la soddisfazione del paziente.

La pianificazione, secondo i percorsi in uso, curata dall'Ufficio Territorio/Ospedale e dall'Assistente Sociale potrà concretizzarsi nella :

- ✓ dimissione *protetta* che richiede il coinvolgimento precoce del team multidisciplinare intraospedaliero, dei referenti dei servizi territoriali coinvolti, del paziente e dei familiari le cui richieste e preferenze sono elementi essenziali per la definizione del percorso di cura.
- ✓ dimissione *precoce* che favorisce la rapida dimissione dai reparti di ortopedia verso strutture intermedie dedicate, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili.

Compito dell'Ufficio Territorio/Ospedale e l'Assistente Sociale sarà:

- **Compilazione BRASS INDEX** alla dimissione. **Allegato 6**
- **Misurare la qualità percepita dei pazienti.** Attraverso l'utilizzo del questionario **Allegato 5.**

<b>6</b>	<i>Standard</i>	<b>Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore</b>
	<i>Indicatore</i>	Report annuale di misurazione della qualità percepita

### Riabilitazione post-acuta

Tutti i pazienti dopo frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo postacuto ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale prefattura sia già stato raggiunto al termine della fase acuta o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare riabilitativo a non identificare obiettivi riabilitativi successivi. I pazienti provenienti da strutture protette nella pratica tendono a rientrare dopo la dimissione nella struttura di provenienza e ad eseguire in quella sede l'eventuale ciclo riabilitativo necessario, ma qualora questo non fosse possibile e/o vi fosse una indicazione ad eseguire un ciclo



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 224 di 524**

riabilitativo a maggiore intensità, la provenienza da strutture protette non deve precludere l'indicazione ad un trasferimento in un setting riabilitativo intermedio.

L'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia in riferimento alle competenze pre-frattura sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL.

### Prevenzione secondaria

La gran parte dei pazienti con frattura di femore presenta una carenza di vitamina D che ha effetti negativi sia sul metabolismo scheletrico che sulla funzione muscolare. La normalizzazione dei livelli sierici facilita il recupero funzionale e riduce il rischio di caduta e di ulteriori fratture. Tutti i soggetti con frattura di femore dovrebbero ricevere un trattamento con vitamina D, finalizzato al raggiungimento di livelli superiori a 30 ng/ml, a cui dovrebbe seguire una supplementazione a lungo termine di almeno 1000-2000 U (25-50 µg) die. I soggetti osteoporotici con elevato rischio di frattura dovrebbero inoltre essere valutati dal punto di vista osteometabolico e ricevere un trattamento antiosteoporotico. I farmaci antiassorbitivi (bifosfonati) sono da considerarsi i farmaci di prima scelta se non controindicati.

Il programma domiciliare individuale, ha una durata annuale dalla presa in carico ed è composto da:

- Programma di esercizi personalizzato basato su una valutazione a tempo 0 e a 3 mesi e progressione trimestrale supervisionata. Il programma di esercizio fisico è finalizzato al mantenimento ed incremento della forza, dell'equilibrio e delle abilità motorie complessive del paziente.
- Valutazione dei rischi ambientali nell'abitazione e correzione degli elementi di rischio.
- Indicazioni su comportamenti, stili di vita ed abitudini utili al fine della prevenzione delle cadute
- Counselling motivazionale finalizzato a mantenere l'adesione al programma.
- Valutazione finale.

### 10. Audit multidisciplinari

La verifica sulla corretta gestione del percorso assistenziale (**Allegato 7**) sarà basata su:

- Trattamento del dolore pre e post intervento
- Tempo di permanenza in PS
- Interventi nelle 48 ore (stratificati per comorbidità)
- Degenza post operatoria
- Visita fisiatrica nelle 48 ore successive all'intervento
- Segnalazione continuità assistenziale
- Lesioni da pressione durante il ricovero
- Esecuzione della profilassi tromboembolica
- Esecuzione dell'antibiotico profilassi
- Mobilizzazione precoce
- Mortalità intraospedaliera

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 225 di 524****11. Riferimenti normativi e documentali**

**D.A. 2025/2015** "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore"

Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso Regione Siciliana – Assessorato della Salute DASOE – Servizio 5 – Qualità, Governo clinico e Sicurezza del Paziente

La profilassi del tromboembolismo venoso profondo. Valutare il rischio del paziente, per scegliere la strategia preventiva Recenti – Prog. Med. 2011; 102: 58-74

Aress Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte – PDTA dell'anziano con frattura di femore 2011.

*Allegato  
1*

**Indagini strumentali ed esami biochimici da eseguire in MCAU.**

- Rx Anca – Rx Bacino – Rx assiale anca.  
In caso di radiografie dubbie o di forte sospetto clinico pur in presenza di lastre negative l'esame di scelta è rappresentato dalla RMN. Se non è possibile eseguire RMN entro 24 ore o vi sono controindicazioni alla sua esecuzione può essere eseguita una TAC);
- Radiografia del torace preoperatoria;
- ECG (in caso di ECG patologico si procederà a consulenza cardiologica e contestualmente si programmeranno eventuali approfondimenti diagnostici);
- Esami biochimici preoperatori:
  - Gruppo sanguigno
  - Emocromo
  - Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT)
  - Alfa amilasi
  - Bilirubina totale e frazionata
  - Colinesterasi (dibucaina)
  - Creatinina
  - Fosfatasi alcalina
  - Gamma glutamiltranspeptidasi (gamma GT)
  - Glucosio
  - Potassio - Sodio

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 226 di 524**

- Proteine
- Urea
- Emocromo
- Fibrinogeno funzionale
- PT - PTT

*Allegato  
2*

**Da compilare entro 48 ore dal**

**BRASS INDEX - Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen**

Valutazione del rischio di una dimissione pianificata secondo Blaylock (1991)

Cerchiare la risposta che si addice di più alla situazione del paziente e attribuire un punteggio finale.

**Nome:****Cognome:****n. di Telefono Familiare di riferimento:****n. di Telefono:****Diagnosi di ingresso:****Data di ricovero:**

<p><b>Età</b> (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = dai 56 ai 64 anni 2 = dai 65 ai 79 anni 3 = 80 + anni</p>	<p><b>Stato cognitivo</b> (una sola opzione) 0 = orientato 1 = disorientato in alcune sfere * a tratti 2 = disorientato in alcune sfere * sempre 3 = disorientato in tutte le sfere a tratti 4 = disorientato in tutte le sfere sempre 5 = comatoso *sfere = spazio, tempo, luogo, e se</p>
<p><b>Condizioni di vita/supporto sociale</b> (una sola opzione) 0 = vive con il coniuge (in grado di dare supporto SI/NO)</p>	<p><b>Modello Comportamentale</b> (ogni opzione osservata) 0 = appropriato 1 = Wandering</p>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 227 di 524**

<p>1 = vive con la propria famiglia 2 = vive da solo con il supporto della famiglia 3 = vive da solo con il supporto degli amici/conoscenti 4 = vive da solo senza alcun supporto 5 = fruisce di assist. domiciliare o vive in residenze protette</p>	<p>1 = agitato 1 = confuso 1 = altro</p>
<p><b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata) 0 = indipendente nelle ADL e nelle IADL Dipendente nel: 1 = mangiare/nutrirsi 1 = igiene personale/fare il bagno 1 = lavarsi <b>Accessi in Pronto Soccorso</b> 1 = deambulare 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = incontinenza fecale 1 = una negli ultimi 3 mesi 1 = Incontinenza urinaria 2 = due negli ultimi 3 mesi 1 = preparazione dei pasti 3 = più di 2 negli ultimi 3 mesi 1 = gestione delle proprie cure 1 = gestione del proprio denaro finanze 1 = fare la spesa 1 = utilizzo mezzi di trasporto</p>	<p><b>Mobilità</b> (una sola opzione) 0 = deambula autonomamente 1 = deambula con ausili 2 = deambula con l'aiuto 3 = non deambula</p> <p><b>Deficit sensoriali</b> (una sola opzione) 0 = nessuno 1 = deficit visivo o uditivo 2 = deficit visivo e uditivo</p>

<p><b>Numero di ricoveri precedenti/Accessi in Pronto Soccorso</b> (una sola opzione) 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = una negli ultimi 3 mesi 2 = due negli ultimi 3 mesi 3 = più di 2 negli ultimi 3 mesi</p>	<p><b>Numero di farmaci assunti</b> (una sola opzione) 0 = meno di 3 farmaci 1 = dai 3 ai 5 farmaci 2 = più di 5 farmaci</p>
<p><b>Numero di problemi clinici attivi</b> (una sola opzione) 0 = 3 problemi 1 = da 3 a 5 problemi 2 = più di 5 problemi</p>	<p><b>Punteggio totale</b></p>

<b>Punteggio</b>	<b>Indice di rischio</b>
<b>0 - 10 Rischio basso</b>	Non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
<b>11 - 19 Rischio medio</b>	Situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
<b>≥ 20 Rischio alto</b>	Situazioni che richiedono una continuità di cure probabilmente in

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 228 di 524**

strutture riabilitative o istituzioni

***Allegato  
3***

**Definizione del rischio tromboembolico individuale.**

**FATTORI DI RISCHIO RELATIVI AL PAZIENTE**

**Fattori di rischio deboli = 1 punto ciascuno**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edema arti inferiori                                   | <input type="checkbox"/> Infarto miocardio acuto                                  |
| <input type="checkbox"/> Vene varicose  | <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco congestizio (<30 giorni)              |
| <input type="checkbox"/> Obesità (BMI>25)                                       | <input type="checkbox"/> Immobilità a letto                                       |
| <input type="checkbox"/> Uso di estro progestinici/terapia ormonale sostitutiva | <input type="checkbox"/> Anamnesi positiva per malattia infiammatoria intestinale |
| <input type="checkbox"/> Sepsi (<30 giorni)                                     | <input type="checkbox"/> COPD   |
| <input type="checkbox"/> Patologia respiratoria acuta                           | <input type="checkbox"/> Pregressa chirurgia maggiore (<30 giorni)                |

**Fattori di rischio moderati = 2 punti ciascuno**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Età 61-74 anni                    | <input type="checkbox"/> Presenza di catetere venoso centrale  |
| <input type="checkbox"/> Neoplasie (in atto o pregressa)   | <input type="checkbox"/> Applicazione di laccio arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Prolungata immobilità (≥3 giorni) |  |

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 229 di 524****Fattori di rischio forti = 3 punti ciascuno**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Età > 75 anni   | <input type="checkbox"/> Leiden, ecc  |
| <input type="checkbox"/> Pregressa TVP o fenomeno tromboembolico   | <input type="checkbox"/> Anamnesi familiare positiva per trombofilia venosa |
| <input type="checkbox"/> Diatesi trombofilica (deficit di proteica C o S o ATIII, resistenza alla proteina C attivata/fattore V) | <input type="checkbox"/> Ingessatura arti inferiori                         |

**Fattori di rischio molto forti = 5 punti ciascuno**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ictus (< 30 giorni)   | <input type="checkbox"/> Lesione midollare (< 30 giorni) |
| <input type="checkbox"/> Trauma maggiore con fratture di colonna vertebrale, pelvi, arti inferiori |  |

**VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO** (Sommare i punteggi dei singoli box)

	<b>Punteggio</b>	<b>Rischio</b>	<b>Incidenza di TEV</b>
<b>Totale</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>0 – 1</b>	BASSO	2 %
	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	MODERATO	10-20 %
	<input type="checkbox"/> <b>3 – 4</b>	ELEVATO	20-40 %
	<input type="checkbox"/> <b>≥ 5</b>	ELEVATISSIMO	40-60 %

**STRATEGIE PREVENTIVE CONSIGLIATE**

<b>Livello di rischio</b>	<b>Strategie preventive</b>		<b>Durata della profilassi</b>
<b>BASSO MODERATO</b>	Mobilizzazione precoce		
<b>ELEVATO</b>	<b>Eparina a basso peso molecolare</b> (> 3400 U Anti-Xa) <b>ogni 24 h</b> <b>Oppure</b> Pazienti con rischio emorragico elevato valutare l'opportunità di usare solo mezzi fisici	<b>1° dose:</b> anestesia generale o anestesia spinale/epidurale: 12 h prima. <b>Dosi successive:</b> ogni 24 h iniziando 24 h dopo la 1° dose	<b>Di norma: 7 giorni.</b> In caso di presenza di apparecchio gessato agli arti inferiori senza concessione del carico, la profilassi dovrà continuare fino alla concessione del carico
<b>ELEVATISSIMO</b>	<b>Eparina a basso peso molecolare</b> (> 3400 U Anti-Xa) <b>ogni 24 h + eventuale</b> Mezzi fisici (calze antitrombo e/o compressione pneumatica intermittente)	<b>1° dose:</b> anestesia generale e spinale/epidurale: 12 h prima. <b>Dosi successive:</b> ogni 24 h iniziando 24 h dopo la 1° dose	<b>Limite minimo: 7 giorni.</b> Prolungare la profilassi almeno fino a 4 settimane E comunque fino alla concessione del carico.

La profilassi dovrebbe iniziare preoperatoriamente se la chirurgia non è immediatamente eseguita ed essere ripresa dopo l'intervento non appena l'emostasi è assicurata.

Chest 2008 raccomanda che in caso di chirurgia dilazionata oltre 24 ore dal trauma sia eseguita nell'intervallo tra il ricovero e l'intervento una profilassi con EBPM (1C).

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 230 di 524****Durata della profilassi**

La durata minima della trombo profilassi deve essere di 10 giorni<sup>1</sup>. L'ulteriore prosecuzione del trattamento è in relazione a fattori di rischio individuali specifici, aggiunti o subentranti. Chest<sup>2</sup> raccomanda 10-35 gg.

Basse dosi di eparina perioperatoria non sono controindicate nei pazienti che già assumono aspirina.

In generale, il monitoraggio dell'effetto anticoagulante di bassi dosaggi di eparina non è necessario.

Il monitoraggio può avere importanza:

1. agli estremi del peso corporeo (sottopeso/obesità);
2. dalla complicazioni come per le emorragie o overdose accidentali;
3. nei pazienti con insufficienza renale.

**Nota:** Per valutare la trombocitopenia da eparina occorre ripetere una conta piastrinica dopo 7-10 giorni.

Nei pazienti in terapia a lungo termine con anticoagulanti orali, la prosecuzione della terapia può essere una misura idonea e sufficiente per la profilassi TVP dopo una opportuna valutazione del rischio.

Tuttavia l'INR deve essere controllato e la dose di anticoagulante regolata in riferimento al rischio trombotico ed emorragie.

**METODI MECCANICI**

I metodi meccanici di profilassi antitrombotica (calze a compressione elastica graduata, sistemi di compressione pneumatica intermittente ecc) incrementano la velocità del flusso ematico nelle vene delle gambe e riducono la stasi venosa.

Le calze a compressione graduata sopra o sotto il ginocchio, possono essere utilizzate per la profilassi TVP a condizione che non ci siano controindicazioni e che si presti attenzione alla corretta applicazione.

**Controindicazioni e precauzioni all'utilizzo delle calze a compressioni elastica graduata**

<b>CONTROINDICAZIONI</b>	<b>PRECAUZIONI</b>
Edema massivo delle gambe	Selezionare con precisione la dimensione
Edema polmonare – insufficienza cardiaca	Applicare con cura
Arteriopatia periferica severa	Verificare giornalmente la circonferenza della gamba
Neuropatia periferica severa	Non piegarla in basso
Gravi deformità delle gambe	Rimuoverla giornalmente per non più di 30

<sup>1</sup> Consenso intersocietario sulla profilassi antitrombotica in chirurgia protesica dell'anca, del ginocchio e nelle fratture del collo del femore. [http://www.siaarti.it/documenti/odf\\_doc/file\\_11.pdf](http://www.siaarti.it/documenti/odf_doc/file_11.pdf).

<sup>2</sup> William H. Gaerst, David Bergquist, Graham F. Pineo, John A. Heit, Charles Samama, Michael R. Lassen and Clifford W. Colwell. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence –based clinical practice guidelines (8th edition). Chest 2008;133:381-



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 231 di 524**

	min.
Dermatite	
Ulcere degli arti inferiori miste, vasculitiche e/o infette	

I sistemi di compressione pneumatica vengono utilizzati immediatamente prima dell'intervento chirurgico e spesso anche in associazione alle calze a compressione elastica durante e dopo l'intervento chirurgico.

*Nota: la combinazione delle calze a compressione e la profilassi farmacologica sembra essere più efficace nel ridurre TVP asintomatiche rispetto alla sola profilassi farmacologica.*

**Allegato****4****FATTORI DI RISCHIO EMORRAGICO**

- Emorragia in atto
- Diatesi emorragica congenita (es. malattia di von Willebrand, emofilia)
- Diatesi emorragica acquisita (es. insuff. Epatica acuta)
- Uso di anticoagulanti (es. farfari con INR > 2)
- Puntura lombare/anestesia spinale o epidurale previste entro 12 ore
- Puntura lombare/anestesia spinale o epidurale eseguite nelle 4 ore precedenti
- Piastrinopenie (< 75 x 10<sup>9</sup>/l)
- Ipertensione sistolica non controllata (230/120 mmHg o più)

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 232 di 524**

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

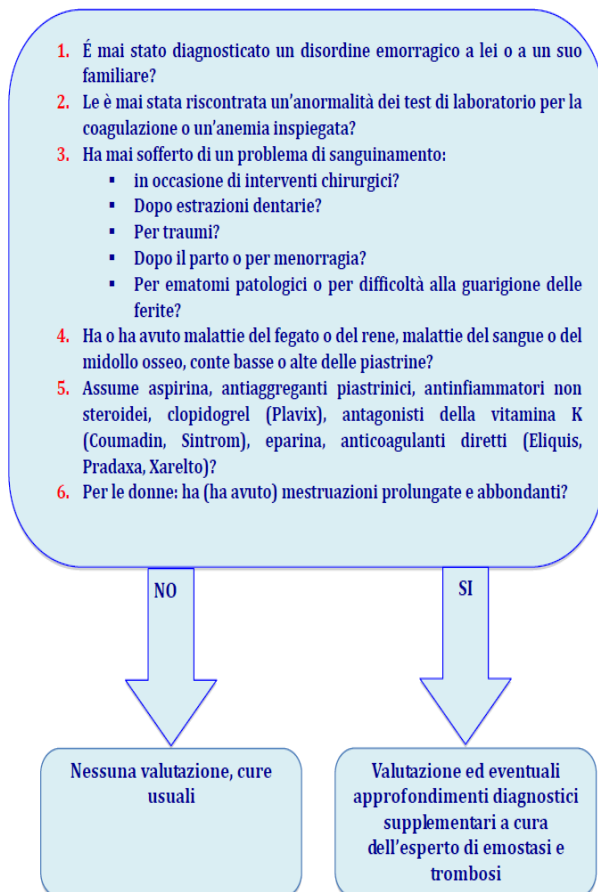
DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 233 di 524**



**HAS-BLED Score**

Lettera	Caratteristiche cliniche	Punti
<b>H</b>	(Hypertension) Ipertensione arteriosa sistolica > 160 mmHg	<b>1</b>
<b>A</b>	Funzione renale e/o epatica Anormali (1 punto ognuna)*	<b>1 o 2</b>
<b>S</b>	Stroke precedente	<b>1</b>
<b>B</b>	(Bleeding) Sanguinamento anamnestico o predisposizione (anemia)	<b>1</b>
<b>L</b>	INR labile (<60 % del tempo in range terapeutico TTR)	<b>1</b>
<b>E</b>	Età > 65 anni	<b>1</b>
<b>D</b>	Uso concomitante di FANS, antiaggreganti piastrinici (Drugs) o abuso di alcool (1 punto ognuno)	<b>1 o 2</b>

\*Per funzione renale anormale si intende dialisi renale, trapianto renale i creatinina  $\geq 2,2$  mg/dl;  
per funzione epatica anormale si intende una cirrosi o valori di bilirubina > 2 volte il valore superiore del normale con ALT o AST o fosfatasi alcalina > 3 volte il valore superiore del normale.

Un punteggio HAS-BLED  $\geq 3$  indica prudenza e controlli più frequenti nei pazienti con FA in TAO e suggerisce la correzione dei fattori di rischio reversibili.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 234 di 524**



Università degli Studi di PALERMO  
Dip. Scienze Economiche, Aziendali e Statistiche

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie  
e Osservatorio Epidemiologico  
Servizio 5  
"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei  
Pazienti"



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico-Vittorio Emanuele - CATANIA

**Scheda di intervista sulla qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale**

Sezione a cura dell'Azienda

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere solamente un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di ricovero ospedaliero.

I dati da Lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza come riportato nella liberatoria da Lei firmata al momento della dimissione. Le informazioni da Lei fornite durante l'intervista saranno utilizzate esclusivamente per fornire all'ospedale il suo punto di vista sulla prestazione ricevuta con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Le domande che Le farò sono circa 20, pertanto l'intervista durerà circa 7 minuti. Per ogni domanda sarà possibile fornire una sola risposta e non ci saranno risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa fornendo la risposta che più si avvicina alla Sua esperienza. Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande. Se c'è qualcosa di poco chiaro mi interrompa tranquillamente.

La ringrazio per la collaborazione; inizio a sottoporle le domande.

**Inizieremo con delle domande che riguardano l'assistenza da Lei ricevuta da parte degli infermieri.**

**ASSISTENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI**

**D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattata con cortesia?**

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente?**

(Hanno mostrato attenzione a quello che lei diceva, interpretato correttamente le sue richieste)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?**

(Durante lo svolgimento delle loro mansioni le spiegavano ciò che stavano facendo? il motivo dei loro interventi etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?**

(L'infermiere impiegava molto tempo a rispondere alla sua richiesta di intervento fatta tramite il pulsante?)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non ho mai premuto il pulsante  non rispondo

**D1.5 Ritiene che il personale infermieristico sia sufficiente ?**

si  no  non rispondo

**Adesso passerò a porle le stesse domande, ma questa volta saranno volte a valutare l'assistenza da Lei ricevuta da parte dei medici.**

**ASSISTENZA DA PARTE DEI MEDICI**

**D2.1 Durante il suo ricovero in ospedale, i medici l'hanno trattata con cortesia?**

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 235 di 524****D2.2 Pensa che i medici l'abbiano ascoltata attentamente?**

(I medici si mostravano attenti verso quello che lei riferiva? , hanno interpretato correttamente le sue richieste?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D2.3 Pensa che i medici le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?**

(Durante le visite i medici le spiegavano ciò che stavano facendo? il motivo dei loro interventi? Cosa stavano valutando?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D2.4. Ritiene che il personale medico sia sufficiente ?**
 si       no       non rispondo

**Abbiamo concluso anche la seconda parte, adesso passiamo ad alcune domande che serviranno a valutare l'ambiente ospedaliero inteso come la stanza di degenza, la pulizia dei bagni etc e la sua personale esperienza all'interno della struttura ospedaliera.**

**L'AMBIENTE OSPEDALIERO****D3.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli ambienti sono stati puliti?**

(Il servizio di pulizia era efficiente, il bagno e la camera venivano puliti frequentemente?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D3.2 La zona intorno alla sua camera è stata silenziosa durante la notte?**

(Riusciva a riposare tranquillamente o era disturbato da rumori di diversa provenienza?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**LA SUA ESPERIENZA IN OSPEDALE****D4.1 Ha avuto bisogno di aiuto da parte degli infermieri o altro personale sanitario per andare in bagno o usare una padella da letto? (Riusciva ad andare al bagno da solo o ha avuto bisogno di chiedere aiuto a qualcuno del personale ospedaliero?)**
 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
***Se risponde "mai" o "non rispondo" vai alla domanda D4.3*****D4.2 Quante volte ha ricevuto velocemente aiuto per andare in bagno o per utilizzare una padella da letto?**

(Quando chiamava aiuto per recarsi al bagno o per utilizzare la padella l'aiuto era tempestivo? Il personale arrivava velocemente in aiuto?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D4.3 Durante la sua permanenza in ospedale, ha avuto bisogno di medicine per il dolore?**
 si       no       non rispondo
***Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D4.5*****D4.4 Durante il suo ricovero in ospedale, quante volte le cure prestate le hanno fatto passare il dolore?**

(Le cure fornite sono riuscite effettivamente a ridurle il dolore?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D4.5 Le sono stati somministrati farmaci che non aveva assunto prima?**

(Durante il ricovero ha iniziato una nuova terapia, nuove compresse o in generale farmaci che prima non assumeva?)

 si       no       non rispondo
***Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D5.1*****D4.6 Prima di darle qualsiasi nuovo farmaco, il personale dell'ospedale le ha comunicato a cosa serviva?**

(Quando le somministravano i farmaci, Lei era a conoscenza di cosa stava assumendo e a cosa servisse quel farmaco?)

 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo
**D4.7. Prima di somministrarle qualsiasi nuovo farmaco, il personale ospedaliero le ha spiegato in modo comprensibile i possibili effetti indesiderati? (Lei conosceva i possibili effetti collaterali dei farmaci che Le somministravano? )**
 mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 236 di 524**

**Siamo alla fine dell'intervista. Le chiederò adesso qualcosa che riguarda la fase di dimissione e quindi un giudizio globale sull'ospedale.**

**ALLA DIMISSIONE**

**D5.1** Dopo aver lasciato l'ospedale, si è diretto presso:

(Dove si è recato subito dopo essere stato dimesso? E' rientrato a casa o è stato ricoverato in un'altra struttura? )

- casa sua o casa di un parente/amico     un'altra struttura sanitaria     non rispondo

**D5.2** Durante il suo ricovero in ospedale, medici, infermieri o altro personale ospedaliero hanno discusso con Lei sull'aiuto di cui potrebbe avere bisogno dopo la dimissione?

(Prima di essere stato dimesso ha ricevuto informazioni su come proseguire le cure e le strutture alle quali rivolgersi? )

- Si     no     in parte     non rispondo

**D5.3** Ha avuto informazioni scritte sui sintomi e i problemi di salute cui fare attenzione dopo aver lasciato l'ospedale?

(Prima delle dimissioni le hanno dato informazioni sui sintomi che potrebbero rappresentare un pericolo per le sue condizioni di salute? )

- si     no     in parte     non rispondo

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA OSPEDALE**

**D6.1** Scegliendo un numero da 0 a 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, qual è il suo giudizio?

(Esprima un giudizio complessivo sulla struttura ospedaliera utilizzando i voti da 0 a 10)

- 0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

**D6.2** Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari?

- assolutamente no     probabilmente no     probabilmente si     assolutamente si     Non rispondo

**L'intervista si è conclusa, La ringrazio per la sua preziosa collaborazione**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 237 di 524****Allegato  
6****Da compilare alla****BRASS INDEX - Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen**

Valutazione del rischio di una dimissione pianificata secondo Blaylock (1991)

Cerchiare la risposta che si addice di più alla situazione del paziente e attribuire un punteggio finale.

**Nome:****Cognome:****n. di Telefono Familiare di riferimento:****n. di Telefono:****Diagnosi di ingresso:****Data di ricovero:**

<b>Età</b> (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = dai 56 ai 64 anni 2 = dai 65 ai 79 anni 3 = 80 + anni	<b>Stato cognitivo</b> (una sola opzione) 0 = orientato 1 = disorientato in alcune sfere * a tratti 2 = disorientato in alcune sfere * sempre 3 = disorientato in tutte le sfere a tratti 4 = disorientato in tutte le sfere sempre 5 = comatoso *sfere = spazio, tempo, luogo, e se
<b>Condizioni di vita/supporto sociale</b> (una sola opzione) 0 = vive con il coniuge (in grado di dare supporto SI/NO) 1 = vive con la propria famiglia 2 = vive da solo con il supporto della famiglia 3 = vive da solo con il supporto degli amici/conoscenti 4 = vive da solo senza alcun supporto 5 = fruisce di assist. domiciliare o vive in residenze protette	<b>Modello Comportamentale</b> (ogni opzione osservata) 0 = appropriato 1 = Wandering 1 = agitato 1 = confuso 1 = altro
<b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata) 0 = indipendente nelle ADL e nelle IADL Dipendente nel: 1 = mangiare/nutrirsi 1 = igiene personale/fare il bagno 1 = lavarsi <b>Accessi in Pronto Soccorso</b>	<b>Mobilità</b> (una sola opzione) 0 = deambula autonomamente 1 = deambula con ausili 2 = deambula con l'aiuto 3 = non deambula



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 238 di 524**

1 = deambulare 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi  
 1 = incontinenza fecale 1 = una negli ultimi 3 mesi  
 1 = Incontinenza urinaria 2 = due negli ultimi 3 mesi  
 1 = preparazione dei pasti 3 = più di 2 negli ultimi 3 mesi  
 1 = gestione delle proprie cure  
 1 = gestione del proprio denaro finanze  
 1 = fare la spesa  
 1 = utilizzo mezzi di trasporto

**Deficit sensoriali** (una sola opzione)

0 = nessuno

1 = deficit visivo o uditivo

2 = deficit visivo e uditivo

**Numero di problemi clinici attivi** (una sola opzione)

0 = 3 problemi

1 = da 3 a 5 problemi

2 = più di 5 problemi

**Numero di farmaci assunti**

(una sola opzione)

0 = meno di 3 farmaci

1 = dai 3 ai 5 farmaci

2 = più di 5 farmaci

**Punteggio totale****Presidi di cui il paziente e' portatore alla dimissione** Catetere vescicale Sondino naso gastrico Gastrostomia per cutanea Catetere venoso centrale Port-a-cath altro \_\_\_\_\_**Tipo di procedure di dimissione attivate** dimissione con attivazione di servizio sociale (per inserimento in comunità), dimissione con attivazione dei servizi domiciliari di distretto (ADI, RSA) trasferimento in strutture per lungodegenti o post acuti, trasferimento in strutture di riabilitazione, dimissione a domicilio (dopo percorsi educativi per l'autogestione del paziente e di care giver) dimissione con completa autonomia o stabilizzazione del paziente che e' in grado di autogestirsi.**Destinazione del paziente** è stato istituzionalizzato in casa di riposo è stato trasferito in RSA è stato dimesso a domicilio ma con supporto dell'assistenza domiciliare integrata è stato trasferito in strutture per lungo degenti o post acuti è stato trasferito in strutture di riabilitazione, ritorna a domicilio con particolare supporto familiare (anche badanti) ritorna a domicilio

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 239 di 524****Condizioni cliniche alla dimissione**

<b>Punteggio</b>	<b>Indice di rischio</b>
<b>0 - 10 Rischio basso</b>	Non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
<b>11 - 19 Rischio medio</b>	Situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
<b>≥ 20 Rischio alto</b>	Situazioni che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

**Allegato  
7**

Data:

<b>Check list: Paziente nr</b>			<b>NOTE</b>
Viene effettuata la valutazione e controllo del dolore pre e post intervento?	SI	NO	
È atteso lo standard 1?	SI	NO	
È atteso lo standard 2?	SI	NO	
È atteso lo standard 3?	SI	NO	
È atteso lo standard 4?	SI	NO	
È atteso lo standard 5?	SI	NO	
È atteso lo standard 6?	SI	NO	
È presente la segnalazione per la continuità assistenziale?	SI	NO	
Durante il ricovero sono insorte LdP?	SI	NO	
È stata eseguita la profilassi TVP?	SI	NO	
È stata eseguita la profilassi ATB?	SI	NO	
	SI	NO	
	SI	NO	

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 240 di 524**

**Osservazioni:**

---

---

---

Firma Auditor

---

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 241 di 524</b></p>
---	--	--

## **PR054: Gestione interna farmaci**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR054</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 1</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Tutto il personale

### **1. SCOPO**

Lo scopo del protocollo è quello di uniformare le modalità attraverso le quali tutto il personale del Pronto Soccorso, eseguendo le attività di propria competenza, gestisce i farmaci e le soluzioni in dotazione, per quanto riguarda tutti gli aspetti inerenti a :

- approvvigionamento
- controllo scadenze
- controllo quantitativo
- pulizia degli armadi
- somministrazione

### **2. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Questo protocollo si applica alle attività svolte dal Caposala, dal personale infermieristico e ausiliario del Pronto Soccorso.

### **3. RESPONSABILITÀ**

Le responsabilità per la gestione dei farmaci sono così distribuite:

<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>ATTIVITA'</b>
CAPO SALA	Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umane e materiali, degli approvvigionamenti, delle informazioni e comunicazioni. Effettua il controllo e la verifica dei processi. Delega attività in caso di assenza.
INFERMIERE RESPONSABILE DEL TURNO	Gestisce su delega l'armadio dei farmaci. Effettua attività di controllo e verifica.
AUSILIARI	Svolgono attività di pulizia e disinfezione degli armadi dei farmaci

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 242 di 524****4. MODALITÀ DI GESTIONE DI FARMACI E SOLUZIONI**

I farmaci vanno custoditi sempre, nella confezione originale, dove sono riportati il n° di lotto e la scadenza, per lo stesso motivo non devono essere tagliati i blister delle compresse e le fiale non devono essere poste al di fuori dello scatolo di appartenenza.

I farmaci sono conservati nell'armadio delle sale urgenze, nel frigo, nella cassettera del carrello di emergenza.

Le soluzioni sono conservate nei cassetti dei carrelli posti nelle sale visita. Il loro deposito si trova nel locale sito in fondo al corridoio degenza.

Le quantità e le disposizioni negli armadi sono elencati nella check list allegata al presente protocollo.

Le attività inerenti si esplicano attraverso i seguenti sottoprotocolli:

- Gestione dei farmaci/soluzioni e delle scorte;
- Lavori notturni;
- Controllo scadenze;

**4.1 GESTIONE DEI FARMACI/SOLUZIONI E DELLE SCORTE**

L'obiettivo è di avere a disposizione, in caso di necessità, tutti i farmaci/soluzioni necessari, nonché quello di evitare giacenze eccessive e/o la presenza di prodotti scaduti.

Le richieste dei farmaci/soluzioni sono effettuate dal Capo Sala, o dal suo sostituto, secondo la procedura aziendale in uso.

Eventuali carenze sono segnalate verbalmente dall'infermiere responsabile del turno o direttamente segnate nel blocco richieste farmaci/soluzioni.

La richiesta dei farmaci va compilata e inviata, salvo diverse direttive del Servizio Farmaceutico, entro il sabato per i farmaci, entro il mercoledì per il materiale sanitario. Per gli stupefacenti si rimanda al protocollo della farmacia.

La consegna dei farmaci/soluzioni viene effettuata il lunedì, il materiale sanitario il giovedì dal personale del Servizio Farmaceutico.

La richiesta di farmaci ad esclusivo uso dell'U.O. (farmaci e prodotti specialistici), viene effettuata su apposita modulistica consegnata alla Farmacia previa autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Il materiale specialistico viene ritirato dal personale dell'U.O. dopo comunicazione del suo arrivo da parte del personale della Farmacia.

**4.2 Esecuzione**

Il controllo dei farmaci viene fatto dal responsabile del turno, alle ore 7, salvo problemi cogenti al momento e compilando apposita check-list per il controllo delle attrezzature e dei farmaci.

Al termine del rifornimento, le quantità prelevate dal deposito per rifornire le sale visita andranno scaricate dall'apposito programma informatico.

Eventuali carenze di un farmaco andranno segnalate verbalmente e attraverso la check list alla Capo Sala.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 243 di 524**

La Capo Sala effettua dei controlli una tantum apponendo la firma sulla check-list stessa. Le check-list del mese in corso sono poste in un raccoglitore in plastica trasparente all'interno dell'armadio stesso.

Successivamente saranno conservate dalla Capo Sala per mesi tre.

**4.3 CONTROLLO SCADENZE**

Il controllo delle scadenze dei farmaci segue una periodicità mensile per ogni sito in cui sono presenti, secondo apposito calendario.

La Caposala terrà un' "agenda" ove verranno registrati i prodotti in scadenza.

L'I.P. responsabile del turno, ogni fine mese controllerà se sono presenti prodotti in scadenza, li toglierà dai luoghi di deposito e li consegnerà alla Caposala per il trattamento previsto dalle linee guida aziendali.

**4.4 RESTITUZIONE FARMACI/SOLUZIONI SCADUTI**

I farmaci/soluzioni scaduti vanno scaricati nel registro apposito, situato nel 3° cassetto, sotto la scrivania della stanza della capo sala. La resa dei farmaci/soluzioni scaduti va fatta secondo le linee guida della farmacia.

**5 GESTIONE DEI FARMACI STUPEFACENTI E SOMMINISTRAZIONE**

L'obiettivo è di avere a disposizione, in caso di necessità, tutti i farmaci stupefacenti necessari, nonché quello di evitare giacenze eccessive e/o la presenza di prodotti scaduti.

La somministrazione del farmaco stupefacente va fatta previa prescrizione medica.

L'Infermiere che somministra il farmaco ha l'obbligo di compilare il foglio di segnalazione uso farmaco stupefacente o sottoposto a farmacovigilanza.

Il registro carico e scarico, verrà aggiornato dalla Caposala sotto la supervisione del Direttore dell'U.O. e dovranno essere annotate su tale registro: data, il nome del paziente, la diagnosi, il n° di fiale e la quantità di farmaco somministrato, la giacenza ed il numero di uscita dal P.S. (n° di scheda di dimissione o di ricovero o di scheda triage), successivamente apporrà la propria firma.

Tale registro si trova nella cassaforte sita nella stanza della Caposala.

Nella spiacevole ipotesi che una fiala si rompa, va scaricata come fiala rotta ed i resti verranno consegnati alla Capo Sala per eventuali controlli.

**5.1 APPROVVIGIONAMENTO E CONSERVAZIONE**

Le richieste dei farmaci stupefacenti sono effettuate dalla Capo Sala su un bollettario di approvvigionamento intestato al servizio in tre copie, conforme al modello stabilito dal Ministero della Salute e firmato dal Direttore dell'U.O.

La Caposala compila la richiesta, il medico la firma, ed un incaricato la porta in Direzione Sanitaria per l'autorizzazione il martedì o venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30. Da qui la richiesta viene portata in farmacia dalla Capo Sala o persona delegata ufficialmente (sostituto della Capo Sala, oggi i.p.Fazio).

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 244 di 524**

Il farmacista, controllata la richiesta, appone la data, firma le cedole del bollettario e consegna il farmaco dopo aver controllato l'integrità del contenuto.

La Capo Sala firmerà il registro della farmacia per avvenuta consegna.

**La consegna dei farmaci stupefacenti viene fatta il martedì ed il venerdì dalle ore 12.30 alle ore 13.30.**

La Capo Sala firma la matrice della richiesta e porta il bollettario e il farmaco in Pronto Soccorso.

I farmaci stupefacenti vengono conservati in una cassaforte chiusa a chiave situata nella stanza della Caposala e caricati sull'apposito registro di carico e scarico farmaci stupefacenti / sottoposti a farmaco vigilanza.

Gli stupefacenti ed i farmaci sottoposti a farmaco vigilanza a disposizione delle sale visita sono posti nell'apposito comparto chiuso a chiave dell'armadio farmacia della Sala A.

La gestione della chiave dell'apposito armadio è a cura dell'I.P. responsabile del turno.

Le benzodiazepine fiale ed il K Cl vengono assimilate ai farmaci sottoposti a vigilanza per disposizione del Direttore U.O.

**5.2 CONTROLLO SCADENZE**

Il controllo delle scadenze dei farmaci segue una periodicità mensile, secondo un apposito calendario, come da punto precedente dei farmaci.

**5.3 RESTITUZIONE FARMACI STUPEFACENTI SCADUTI**

I farmaci scaduti vanno registrati su apposito bollettario intestato al servizio in tre copie, firmato dal medico e autorizzato dalla Direzione Sanitaria.

**La restituzione dei farmaci stupefacenti scaduti viene fatta previo contatto telefonico con la farmacia e seguendo le disposizioni vigenti al momento.**

**6. GESTIONE DEGLI ARMADI**

Regole generali nell'uso dei farmaci e materiale sanitario con scadenza:

- 1) quando si apre una scatola di farmaco togliere una parte dello scatolo visibile, senza rimuovere il numero del lotto e/o la scadenza;
- 2) non inserire nella scatola altro materiale poiché la scadenza e/o il lotto potrebbero essere diverse rispetto allo scatolo da cui sono state prelevate;
- 3) il materiale rifornito (aggiunto) deve essere posto dietro il materiale già presente. In tal modo la scadenza più recente sarà posta sempre davanti e quindi usata prima;
- 4) di conseguenza prendere sempre le scatole che stanno davanti;
- 5) quando si apre una confezione multi dose o comunque un flacone che non verrà consumato completamente, per un paziente, scrivere con pennarello ed in modo visibile la data del primo utilizzo;
- 6) in caso di flacone aperto senza possibilità di risalire al momento di apertura, smaltire il flacone secondo protocollo (consegnarlo alla Capo Sala e smaltirlo come i farmaci scaduti) e non utilizzarlo;



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 245 di 524**

## 7. FARMACI AD ALTO RISCHIO E CLORURO DI K:

Le soluzioni contenenti potassio (K) per uso e.v. devono essere prescritte, secondo la Farmacopea Ufficiale, per il trattamento delle deficienze di K quando la reintegrazione per via orale non è possibile.

Le soluzioni concentrate di potassio devono essere conservate insieme ai farmaci sottoposti a sorveglianza ed agli stupefacenti e deve essere presente esplicita indicazione esterna del contenuto e con la specifica dicitura:

**“Attenzione: diluire prima dell’uso endovenoso, perché altrimenti mortale”**

Gli operatori devono prelevare le fiale solo al momento dell’impiego, e leggerne sempre attentamente l’etichetta nelle fasi di preparazione, diluizione e somministrazione.

**Va assolutamente evitato di tenere le confezioni inutilizzate sul carrello dei farmaci o comunque in posti ove possano essere utilizzati accidentalmente.**

Per la ricostituzione della soluzione, ricordare che:

- il K Aspartato va diluito in soluzione Fisiologica;
- **il KCl va diluito con soluzione di Glucosio al 5% o Fisiologica e altre soluzioni di largo volume, purchè compatibili;**
- il K Fosfato va diluito con soluzione di Glucosio al 5% o Fisiologica e altre soluzioni di largo volume, purchè compatibili.

La preparazione deve avvenire effettuando in modo corretto i seguenti passaggi:

- ☑ l’identificazione del prodotto contenente K (dosaggio da somministrare);
- ☑ il calcolo della diluizione;
- ☑ la miscelazione dei preparati occorrenti (previa individuazione della soluzione da infondere).
  - La soluzione ottenuta va agitata per assicurarsi che il Potassio sia uniformemente diluito;
  - controllare che la stessa sia limpida, incolore e priva di particelle.

Appena ultimata la preparazione, deve essere apposta su di essa un’etichetta autoadesiva con chiara descrizione del prodotto e la sua concentrazione.

Si procede al trattamento solo dopo aver verificato la correttezza della preparazione, nonché l’ identità del paziente, nel rispetto delle norme di Buona Pratica Clinica.

Il deficit di K viene calcolato secondo la seguente formula:

deficit di K in mEq da somministrare = (4,5 - K attuale ) x LEC ( 20% peso corporeo).

- La precisione della somministrazione è assicurata con l’utilizzo di pompa d’infusione o gocciolatore di precisione.
- Nella somministrazione per via endovenosa periferica è consigliabile che la velocità di infusione di potassio sia di 20 mEq/ora.
- **Nei pazienti pediatrici la velocità massima di infusione non deve superare 0,3 mEq/kg/ora.**
- La massima concentrazione di potassio raccomandabile nelle somministrazioni per via **periferica** è di 60 mEq/Litro ( ad esempio soluzione fisiologica da 500 ml con una fiala di K flebo da 30 mEq/10ml )

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 246 di 524**

- **la durata di infusione non deve essere inferiore alle due ore.**
- La somministrazione per via endovenosa **centrale** rende possibile la somministrazione di potassio a concentrazioni e/o velocità maggiori a 80 mEq/L e 20 mEq/ora con utilizzo di una pompa di infusione.
- Dopo la diluizione, la somministrazione deve essere effettuata immediatamente.

Per ogni paziente occorre assicurare :

- Monitoraggio della potassiemia;
- Monitoraggio della frequenza e del ritmo cardiaco (secondo indicazione del medico prescrittore);
- Verifica del mantenimento della perfusione ad intervalli opportuni.

**Precauzioni:**

- a) Infusioni troppo rapide possono causare dolore locale;
- b) La velocità d'infusione deve essere regolata in rapporto alla tolleranza: una velocità eccessiva si associa a cardiotossicità.
- c) **le fiale di calcio gluconato al 10 % possono essere usate come antidoto dell'eventuale iperpotassiemia iatrogena.**

La documentazione sanitaria di ogni paziente trattato deve sempre assicurare la tracciabilità di tutti gli elementi oggettivi della terapia mediante la registrazione dell'avvenuta somministrazione.

Devono essere indicati anche:

1. Dose, via, velocità, data ora di inizio e di fine dell'infusione
2. Generalità e firma dell'Infermiere che ha iniziato e terminato l'infusione

**8. REGOLE SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

- 1) evitare la prescrizione verbale e pretendere sempre una prescrizione scritta
- 2) qualora per motivi di urgenza/emergenza non fosse evitabile la prescrizione verbale, ripetere il nome del farmaco prescritto verbalmente al fine di confermare quanto prescritto;
- 3) in caso di farmaci con nome simile o confondibile farsi confermare il nome e cercare di chiarire l'uso;
- 4) nella scheda infermieristica (compilabile, anche dal medico) farsi prescrivere il farmaco in modo da poter controllare, leggendo, se si è ben compreso;
- 5) si fa divieto di preparare soluzioni estemporanee non previste dalla farmacopea internazionale (es.: anestetico locale con bicarbonato di Na).

**9. Check list**

- 1) Copia della check list farmaci e materiale si trova su tutti i computer dell'U.O. andando attraverso l'icona "protocolli e linee guida", nella cartella "moduli".
- 2) Da tale cartella si potrà stampare la check list
- 3) Le modifiche alla check list, come per il resto della modulistica avverrà:

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 247 di 524**

- In caso di modifiche semplici ed intuitive attraverso il semplice aggiornamento della check list
- In caso di modifiche del protocollo o di modifiche complesse dopo riunione di audit sull'argomento

### **10 Siero Antiofidico**

Nel frigo farmaci è presente una fiala di siero antiofidico.

Tale siero può essere utilizzato in P.S. o consegnato ad altre strutture dell'ASP che ne facessero richiesta.

Di norma la consegna deve essere autorizzata dalla Farmacia Ospedaliera o da quella dell'ASP.

In caso di uso si deve provvedere a comunicare tempestivamente alla Capo Sala il fatto per un rapido reintegro del materiale, anche se la richiesta proviene dalla Farmacia Ospedaliera.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 248 di 524</b></p>
---	---	--

## **PR055 PROTOCOLLO DISTRIBUZIONE DEL SANGUE**

### **NOTA SULLA CODIFICA**

*Il presente protocollo preparato dall'U.O. di Medicina Trasfusionale del P. O. S. Antonio Abate di Trapani e codificato PR004MT viene inserito come parte integrante della documentazione del presente registro e solo per una facile rintracciabilità all'interno dello stesso viene attribuito il codice PR055*

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C Medicina Trasfusionale</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referente Qualità aziendale</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario aziendale</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR004MT</b>
Dott. ssa Domenica Artale	Dott.ssa Maria Anelli	Dott. ssa M.C. Martorana	<b>Data Emissione 20/12/2010</b> <b>Data revisione</b> <b>Numero revisione: 0</b>

<b>INDIRIZZATO A</b>
Tutto il personale

### **PREMESSA**

LA TRASFUSIONE DI SANGUE, DI EMOCOMPONENTI E DI EMODERIVATI COSTITUISCE UNA PRATICA TERAPEUTICA NON ESENTE DA RISCHI; NECESSITA PERTANTO DEL CONSENSO INFORMATO DEL RICEVENTE. (ART. 19 DEL D.M. 15 GENNAIO 1991).

### **RICHIESTA DI SANGUE**

LA RICHIESTA DI SANGUE E/O EMOCOMPONENTI DEVE ESSERE EFFETTUATA SULL'APPOSITO MODULO DA UN MEDICO, UTILIZZANDO MODULI DIFFERENZIATI PER TIPO DI EMOCOMPONENTE RICHIESTO.

I MODULI DI RICHIESTA DEVONO ESSERE ACCURATAMENTE COMPILATI IN OGNI SUA SEZIONE, COMPRESE LE INDICAZIONI ALLA TRASFUSIONE, PERFETTAMENTE LEGGIBILE.

IL MODULO, AUTOCOPIANTE, PREVEDE TRE COPIE: UNA PER IL SERVIZIO TRASFUSIONALE, UNA DA ALLEGARE IN CARTELLA DEL PAZIENTE (CARTELLETTA TRASFUSIONALE), ED UNA COPIA COME RICEVUTA DA ESIBIRE PER IL RITIRO DELLE UNITÀ.

LA NON CORRETTA O INCOMPLETA COMPILAZIONE DEL MODULO PUÒ COMPORTARE LA NON ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE.

### **RICHIESTA DI GLOBULI ROSSI**

PRIMA DELLA RICHIESTA DI PROVE CROCIATA BISOGNA ESEGUIRE LA DETERMINAZIONE DEL GRUPPO SANGUIGNO.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 249 di 524**

AL FINE DI MIGLIORARE LA SICUREZZA DELLE TRASFUSIONI E PREVENIRE I RISCHI LEGATI A ERRORI DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE AL PRELIEVO O DELLA PROVETTA IN LABORATORIO, UN PAZIENTE VIENE TRASFUSO CON UNITÀ OMOGRUPPO SOLO DOPO CHE IL GRUPPO È STATO DETERMINATO SU DUE CAMPIONI PRELEVATI IN MOMENTI DIVERSI ED I RISULTATI DELLE DETERMINAZIONI SONO CONCORDANTI.

LA RICHIESTA DI GRUPPO DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA DUE PRELIEVI (UN CAMPIONE CON ANTICOAGULANTE ED UNO COAGULATO DI 7 ML), CONTRASSEGNA TI IN MODO DA NON LASCIARE DUBBI SULL'IDENTITÀ DEL PAZIENTE E FIRMATE DAL MEDICO CHE HA LA RESPONSABILITÀ DEL PRELIEVO.

E' OPPORTUNO CHE LA RICHIESTA DI GRUPPO VENGA INVIATA CON UN ANTICIPO DI ALMENO 24 ORE SULLA RICHIESTA DI SANGUE.

LA RICHIESTA DI GLOBULI ROSSI DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA UN PRELIEVO COAGULATO DA 7 ML DEL PAZIENTE, OPPORTUNAMENTE IDENTIFICATO E SIGLATO DAL MEDICO CHE ATTESTA LA CORRISPONDENZA TRA PRELIEVO E PAZIENTE.

I CAMPIONI DEVONO ESSERE PRELEVATI CON UN ANTICIPO NON SUPERIORE A 48-72 ORE RISPETTO ALLA DATA DI TRASFUSIONE .

AD OGNI RICHIESTA TRASFUSIONALE BISOGNA ESEGUIRE, IL TEST DI COOMBS INDIRETTO, SUL SIERO DEL PAZIENTE E ANNOTARE IL RISULTATO SUL REGISTRO DI PROVE CROCIATE.

I GLOBULI ROSSI SONO INDICATI PER AUMENTARE RAPIDAMENTE L'APPORTO DI OSSIGENO AI TESSUTI VEDI LINEE GUIDA SUL CORRETTO UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI E PLASMADERIVATI DELL'ASP DI TRAPANI.

**RICHIESTA ORDINARIA**

LE RICHIESTE CHE NON RIVESTONO CARATTERE DI URGENZA DEVONO ESSERE INVIATE CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

1. RICHIESTA PER TRASFUSIONE PROGRAMMATA (COMPRESI INTERVENTI CHIRURGICI):  
DEVE PERVENIRE ENTRO LE ORE 13 E SARÀ DISPONIBILE A PARTIRE DALLE ORE 8 DEL GIORNO SEGUENTE.
2. RICHIESTA PER TRASFUSIONE DA EFFETTUARE IN GIORNATA: PUÒ ESSERE INVIATA COME NON URGENTE CON LA DICITURA "ENTRO POCHE ORE" E VERRÀ EVASA ENTRO 3-5 ORE.
3. RICHIESTA PER UNITÀ A DISPOSIZIONE PER 72 ORE: TALE MODALITÀ DEVE ESSERE UTILIZZATA QUANDO SI RITIENE CHE IL PAZIENTE DEBBA ESSERE TRASFUSO MA IL MOMENTO DELLA TRASFUSIONE E/O IL FABBISOGNO TRASFUSIONALE NON È DEFINIBILE ESATTAMENTE.  
SE GLI ACCERTAMENTI NECESSARI A DECIDERE SE IL PAZIENTE DEBBA ESSERE TRASFUSO SONO ANCORA IN CORSO È OPPORTUNO ATTENDERE L'ESITO PRIMA DI EFFETTUARE LA RICHIESTA.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 250 di 524****RICHIESTA URGENTE**

LA RICHIESTA URGENTE EVASA DAL SERVIZIO TRASFUSIONALE IN UN'ORA CIRCA, DEVE ESSERE INVIATA PER TUTTI QUEI PAZIENTI PER I QUALI LA TRASFUSIONE DEVE AVVENIRE IN UN TEMPO BREVE (ENTRO DUE ORE CIRCA). E' NECESSARIO EVITARE IL RICORSO INDISCRIMINATO ALLA RICHIESTA IN URGENZA: CIÒ NON CONSENTE AL PERSONALE DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE DI DEFINIRE LE PRIORITÀ E COMPORTA UN ALLUNGAMENTO NEI TEMPI DI EVASIONE DELLE URGENZE REALI.

IN CASO DI RICHIESTA URGENTE PER PAZIENTE NON NOTO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE LA RICHIESTA DI GRUPPO PUÒ ESSERE INVIATA IN CONCOMITANZA CON LA RICHIESTA DI PROVE CROCIATE.

IL CONTROLLO DEL GRUPPO SANGUIGNO DEL PAZIENTE VERRÀ ESEGUITO SU DI UN NUOVO CAMPIONE CON ANTICOAGULANTE INVIATO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE AL MOMENTO DEL RITIRO DELL'UNITÀ DI SANGUE.

**RICHIESTA URGENTISSIMA**

QUANDO LE CONDIZIONI DEL PAZIENTE SONO TALI DA NON CONSENTIRE L'ESECUZIONE O IL COMPLETAMENTO DEI TEST PRETRASFUSIONALI, IL MEDICO RICHIEDENTE DEVE INOLTRE IL MODULO DI RICHIESTA SEGNANDO LA DICITURA URGENTISSIMA E APPONENDO IL SUO TIMBRO E LA FIRMA.

QUESTE RICHIESTE VENGONO EVASE NEL PIÙ BREVE TEMPO POSSIBILE.

AD ECCEZIONE DEI CASI IN CUI È IMPOSSIBILE PROCEDERE AL PRELIEVO, LA RICHIESTA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DAI CAMPIONI DI SANGUE DEL PAZIENTE.

ANCHE IN CASO DI RICHIESTA URGENTISSIMA VENGONO RISPETTATI I CRITERI DI SICUREZZA RELATIVI ALLA DETERMINAZIONE DI GRUPPO.

I PAZIENTI CHE IN CONDIZIONE DI EMERGENZA NON POSSONO ESSERE IDENTIFICATI CON SICUREZZA DEVONO ESSERE FORNITI DI UN NUMERO DI IDENTIFICAZIONE.

**RICHIESTA PER INTERVENTO**

IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO PROGRAMMATO, IL NUMERO DI UNITÀ DI SANGUE DA RICHIEDERE VERRÀ DECISO ATTENENDOSI AL NUMERO PREVISTO DALLA COSIDDETTA "RICHIESTA MASSIMA DI SANGUE PER TIPO DI INTERVENTO" (MAXIMUM SURGICAL BLOOD ORDER SCHEDULE, MSBOS) CHE FA RIFERIMENTO ALLA TABELLA V PROPOSTA NEL 1990 DAL BRITISH COMMITTEE FOR STANDARD IN HEMATOLOGY APPROVATA, SENTITO IL PARERE DEI VARI SPECIALISTI, DAL COMITATO PER IL BUON USO DEL SANGUE.

LA PROCEDURA INDICATA COME TYPE & SCREEN PREVEDE CHE SUI CAMPIONI DI SANGUE DEL PAZIENTE VENGANO EFFETTUATI LA DETERMINAZIONE DI GRUPPO AB0 E TIPO DI RH E LA RICERCA DI ALLOANTICORPI ERITROCITARI IRREGOLARI E CHE NESSUNA UNITÀ DI SANGUE VENGA RISERVATA PER L'INTERVENTO, CON LA CONSEGNA DELLE UNITÀ EVENTUALMENTE



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 251 di 524**

NECESSARIE PREVIO RICONTROLLO DEL GRUPPO DEL PAZIENTE E DELL'UNITÀ DA CONSEGNARE.

NEL CASO DI POSITIVITÀ NELLA RICERCA DEGLI ANTICORPI IRREGOLARI VERRANNO ESEGUITE LE PROVE CROCIATE.

TUTTI I PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD INTERVENTO CHIRURGICO NON URGENTE DEVONO ESSERE INFORMATI SULLA POSSIBILITÀ DI EFFETTUARE L'AUTOTRASFUSIONE.

LA RICHIESTA DI AUTOTRASFUSIONE DEVE ESSERE INVIATA AL SERVIZIO TRASFUSIONALE CON CONGRUO ANTICIPO SU APPOSITO MODULO ADEGUATAMENTE COMPILATO IN TUTTE LE SEZIONI E FIRMATO DAL PAZIENTE PER IL CONSENSO INFORMATO.

PER L'AUTOTRASFUSIONE VEDI LINEE GUIDA SUL CORRETTO UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI E PLASMADERIVATI DELL'ASP DI TRAPANI.

**RICHIESTA DI PLASMA E PIASTRINE**

LE RICHIESTE DI PLASMA E DI PIASTRINE DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATE DA PRELIEVI SOLO SE IL GRUPPO DEL PAZIENTE NON È NOTO AL SERVIZIO TRASFUSIONALE O NON È STATO RICONTROLLATO SU UN SECONDO PRELIEVO.

PER L'INDICAZIONI ALLE RICHIESTE DI PLASMA E PIASTRINE VEDI LINEE GUIDA SUL CORRETTO UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI E PLASMADERIVATI DELL'ASP DI TRAPANI.

PER QUANTO RIGUARDA LE RICHIESTE DI CONCENTRATI PIASTRINICI, SALVO QUELLE CHE RIVESTANO CARATTERE DI URGENZA, È AUSPICABILE UN PREVENTIVO CONTATTO CON IL SERVIZIO TRASFUSIONALE CHE AVRÀ COSÌ IL TEMPO DI ORGANIZZARE LA CONVOCAZIONI DI DONATORI MIRATI ALLA DONAZIONE IN AFERESI.

**CONSEGNA DELLE UNITA'**

LE PROVE DI COMPATIBILITÀ HANNO UNA VALIDITÀ NON SUPERIORE A 72 ORE, PER CUI, SUPERATO TALE TERMINE, BISOGNERÀ INVIARE UNA NUOVA RICHIESTA ED UN NUOVO PRELIEVO.

LE UNITÀ RICHIESTE VENGONO CONSEGNATE DAL SERVIZIO TRASFUSIONALE, NEI TEMPI CONCORDATI, PREVIA PRESENTAZIONE DELL'APPOSITA RICEVUTA (COPIA PER IL RITIRO DEL MODULO DI RICHIESTA).

IN CASO DI SMARRIMENTO DELLA RICEVUTA IL SANGUE PUÒ ESSERE RITIRATO DIETRO PRESENTAZIONE DI UN DOCUMENTO FIRMATO DAL MEDICO DEL REPARTO CHE DICHIARI L'AVVENUTO SMARRIMENTO E CHE RIPORTI I DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE OLTRE AL NUMERO E TIPO DI UNITÀ CHE DEVONO ESSERE RITIRATE.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 252 di 524**

PER I PAZIENTI NON TRASFUSI IN PRECEDENZA OCCORRE PORTARE UN PRELIEVO DI SANGUE IN PROVETTA CON ANTICOAGULANTE PER RICONTROLLARE IL GRUPPO SANGUIGNO.

LE UNITÀ CONSEGNATE SONO ACCOMPAGNATE DA UN MODULO DI ASSEGNAZIONE IN DUPLICE COPIA, IN CUI VENGONO RIPORTATI I DATI DEL PAZIENTE, IL GRUPPO SANGUIGNO, IL NUMERO DI RIFERIMENTO DELLE UNITÀ, IL GRUPPO SANGUIGNO DELLE STESSE, IL RISULTATO DELLE PROVE CROCIATE DI COMPATIBILITÀ.

VENGONO INOLTRE REGISTRATE LA DATA E L'ORA DELLA CONSEGNA E LE FIRME DI CHI HA CONSEGNATO E DI CHI HA RITIRATO L'UNITÀ.

UNA COPIA DEL MODULO DI ASSEGNAZIONE, FIRMATA DAL MEDICO DI REPARTO, CON LA SEGNALAZIONE DI EVENTUALI REAZIONI TRASFUSIONALI, DEVE ESSERE ARCHIVIATA IN CARTELLA, L'ALTRA COPIA RESTITUITA AL SERVIZIO TRASFUSIONALE, ENTRO 72 ORE DALLA TRASFUSIONE.

L'INTERVALLO DI TEMPO TRA LA CONSEGNA DELLE UNITÀ E L'INIZIO DELLA TRASFUSIONE DEVE ESSERE IL PIÙ BREVE POSSIBILE E LA TRASFUSIONE DEVE ESSERE DI NORMA COMPLETATA ENTRO 4 ORE DAL MOMENTO IN CUI L'UNITÀ È CONSEGNATA AL REPARTO PER EVITARE IL RISCHIO DI PROLIFERAZIONE BATTERICA.

IL SANGUE NON DEVE ESSERE CONSERVATO NEI FRIGORIFERI DI REPARTO IN QUANTO L'IMPROPRIA CONSERVAZIONE IN AMBIENTI A TEMPERATURA NON CONTROLLATA PUÒ ALTERARE LE CARATTERISTICHE FISICO-CHIMICHE DEL VSANGUE E PUÒ FAVORIRE LA CRESCITA BATTERICA.

TUTTE LE UNITÀ NON TRASFUSE DEVONO ESSERE RESTITuite AL SERVIZIO TRASFUSIONALE, UNITAMENTE AL MODULO DI ASSEGNAZIONE E AD UNA DICHIARAZIONE SCRITTA DAL MEDICO RESPONSABILE CHE:

- RIPORTI I MOTIVI DELLA NON UTILIZZAZIONE
- CERTIFICHI LE CONDIZIONI IN CUI LE UNITÀ SONO STATE CONSERVATE E SE LA CHIUSURA È RIMASTA INTATTA.

LE UNITÀ RESE VENGONO ASSEGNATE AD ALTRO PAZIENTE SOLO SE SONO STATE CORRETTAMENTE CONSERVATE E RIENTRANO IN TEMPI MOLTO BREVI.

IN CASO DI TRASPORTO LE UNITÀ DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI DEVONO ESSERE CONSERVATE SECONDO QUANTO PREVISTO DALL'ART. 24 DEL D.M. 27 DICEMBRE 1990, CHE RECITA:

***" IL SANGUE INTERO E GLI EMOCOMPONENTI ALLO STATO LIQUIDO DEVONO ESSERE TRASPORTATI IN MODO DA ASSICURARE UN TEMPERATURA TRA +1°C E +10°C.***

I COMPONENTI CONSERVATI A +22°C +/- 2°C (COME I CONCENTRATI PIASTRINICI) DEVONO ESSERE TRASPORTATI A TEMPERATURA AMBIENTE COMPATIBILE CON LA CONSERVAZIONE DEGLI STESSI.

PER I COMPONENTI CONGELATI, CHE DEVONO ESSERE MANTENUTI TALI, IL TRASPORTO DEVE AVVENIRE ALLA TEMPERATURA PIÙ VICINA A QUELLA DI CONSERVAZIONE.

I CONTENITORI PER IL TRASPORTO DI UNITÀ DI SANGUE DEVONO ESSERE PRERAFFREDDATI A +4°C, QUELLI PER IL TRASPORTO DI PIASTRINE DEVONO

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 253 di 524**

ESSERE MANTENUTI A TEMPERATURA AMBIENTE PER ALMENO 30 MINUTI PRIMA DELL'USO.

(.....) SANGUE ED EMOCOMPONENTI DEVONO ESSERE ISPEZIONATI IMMEDIATAMENTE PRIMA DI UN EVENTUALE TRASPORTO E NON INVIATI SE PRESENTANO QUALCHE ANOMALIA NELL'ASPETTO E NEL COLORE.

ANALOGO RISCONTRO DEVE ESSERE FATTO DA CHI RICEVE LE UNITÀ, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE VARIAZIONI DI TEMPERATURA AVVENUTE DURANTE IL TRASPORTO, DOCUMENTATE DA DISPOSITIVI DI CONTROLLO".

**INDICATORE**

**N. schede utilizzate check list farmaci/anno**

**Valore atteso**

**>340**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 254 di 524</b></p>
---	---	--

## [PR55: Protocollo assistenza infermieristica al pz. trasferito in altro nosocomio](#)

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR055</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/09/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

### Responsabilità

La sicurezza del paziente deve essere sempre uno dei principi ispiratori di qualunque approccio allo stesso.

Il trasferimento di un paziente, da un ospedale ad un altro, rappresenta un momento assistenziale particolarmente critico poiché, durante il trasferimento, si può far ricorso solo alle risorse presenti sul mezzo di trasporto. In tale quadro è opportuno ricordare su chi ricadono le responsabilità. Per maggiori chiarimenti si rinvia all'accordo Assessorato alla Salute SUES 118 pubblicato sulla GURS del 23/5/10.

È evidente che la responsabilità del trasporto è personale del medico che dispone il trasferimento e che deve informare gli accompagnatori su U.O. di destinazione, medico con cui ha preso accordi, eventuali raccomandazioni particolari da seguire.

Il medico che assicura la trasportabilità del paziente è responsabile di tutte le complicanze prevedibili, in base alle condizioni cliniche del paziente, all'atto dell'inizio del trasferimento, ed ai motivi che hanno portato a trasferire lo stesso.

La dizione "in atto...", pertanto, non si limita al momento in cui viene compilata la consulenza o il foglio sulle condizioni cliniche del paziente, ma comprende tutto l'arco temporale, prevedibile, dal momento della visita a quello di arrivo all'ospedale di destinazione

L'Infermiere, che accompagna il paziente, è responsabile degli atti infermieristici che esegue durante il trasporto e degli atti eseguiti dietro ordine telefonico di un medico o dell'applicazione dei protocolli vigenti; è responsabile, inoltre, della raccolta e comunicazione, al medico, dei parametri vitali da cui discendono protocolli operativi. Sul punto si rimanda ai protocolli di gestione della comunicazione verbale sulla terapia da praticare in emergenza o quando non è possibile la prescrizione scritta.

### Motivazione

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 255 di 524**

Da quanto sopra deriva che l'Infermiere è direttamente responsabile della qualità dell'assistenza infermieristica.

L'assistenza infermieristica offerta al paziente accompagnato in altro nosocomio, a prescindere dalla motivazione del trasferimento, deve prevedere, fin dall'inizio del processo, le complicità che possono presentarsi e che devono essere valutate alla luce delle difficoltà di muoversi ed agire all'interno di un mezzo di emergenza che si muove a velocità nel traffico cittadino od extraurbano.

Ne consegue che l'infermiere deve fare tutto il possibile per evitare di eseguire, in urgenza e sul mezzo in movimento, manovre programmabili prima della partenza.

Il presente protocollo, pertanto, deve essere applicato a tutti i pazienti che vengono trasferiti in ambulanza, per qualsiasi motivo ed in qualunque condizione clinica si trovino.

**Obiettivo**

Prevenire carenze assistenziali legate all'esecuzione di manovre in urgenza/emergenza, in un ambiente piccolo ed instabile, quale la cabina paziente dell'ambulanza, con evidente difficoltà, per chi le compie, di mantenere la stazione eretta e per le quali è necessaria particolare precisione.

**Personale**

Il presente protocollo è rivolto al personale infermieristico (anche di altre U.O.) ed agli autisti viaggianti sulle ambulanze dell'MCAU di Trapani, sia che viaggino con medico che senza medico a bordo.

Deroghe al presente protocollo sono a carico del medico che, accompagnando il paziente sull'ambulanza, ne assume piena responsabilità.

**Protocollo**

- 1) **Raccolta delle certificazioni** che devono accompagnare il paziente ed in particolare:
  - a) **Consenso informato** al trasferimento debitamente acquisito dal medico di guardia dell'U.O. che trasferisce;
  - b) **Modulo di trasferimento** che attesti le condizioni cliniche stabili del paziente all'atto della partenza, sottoscritto dal medico dell'U.O. che le accerta e che si assume la responsabilità della prevedibilità che il quadro clinico permanga stabile durante il periodo presumibile del trasferimento, ed indicante se deve essere accompagnato da rianimatore, medico o infermiere ed in cui deve essere elencata tutta la documentazione inviata insieme al paziente, u.o. e medici tra cui sono intercorsi gli accordi e contenente, anche, i numeri di telefono dell'U.O. trasferente ed accogliente;
  - c) **Cartella clinica (in copia)** o certificazioni del reparto inviante (nel caso del P.S. verbale di dimissione);
  - d) **Referto medico**, in caso di lesioni traumatiche e trasferimento dal P.S.;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 256 di 524**

- e) **Esami ematochimici**, consulenze ed esami radiologici eseguiti;
- f) Eventuali **prescrizioni** da eseguire sui mezzi deve essere scritta in modo facilmente leggibile e comprensibile. L'infermiere che prende le consegne deve chiedere, in caso di dubbi, al medico prescrittore, eventuali chiarimenti, al fine di evitare dubbi durante il trasporto del paziente. Tali prescrizioni dovranno essere consegnate in duplice copia, di cui una verrà allegata al foglio viaggio, l'altra consegnata con tutta la documentazione del pz. al medico accettante. Non sono valide forme del documento diverse da quella scritta, come ad es. ordini verbali;
- g) Tutta la **documentazione** ritenuta utile dal dimettente o richieste dall'U.O. di destinazione.  
In caso di protocolli inerenti il trasferimento, l'i.p. viaggiante è responsabile dell'applicazione del protocollo sugli esami da eseguire;
- h) Copia del **modulo di trasferimento**, sul cui retro è previsto apposito spazio per la segnalazione di problemi o terapie praticate, deve essere allegata al foglio viaggio, se possibile.
- 2) **Accesso venoso**: tutti i pazienti devono avere un accesso venoso, su grossa vena, funzionante e ben fissato.  
Nel caso di dubbi o di particolare gravità del paziente, gli accessi venosi su vene di grosso calibro devono essere almeno due.  
Si ricorda che reperire un accesso venoso sull'ambulanza in movimento è impossibile.
- 3) **Fleboclisi**: tutti gli accessi venosi devono avere montata una flebo con relativo deflussore ed all'atto della partenza i flaconi devono essere appena iniziati al fine di ridurre la probabilità o il numero di sostituzioni dei flaconi.
- 4) **Monitoraggio attività cardiaca**: il paziente deve essere sempre monitorato, anche dal punto di vista cardiologico, con l'applicazione di elettrodi (3 o 4) da collegare al monitor presente sulle ambulanze, salvo diversa disposizione del medico che accompagna il paziente.  
Non è accettabile dover montare gli elettrodi nell'ambulanza in movimento, poiché risulta estremamente complicato spogliare il paziente, asciugare e depilare le porzioni di cute sulle quali applicare gli elettrodi.  
Si ricorda che operare in condizioni difficili diviene ancor più difficoltoso se fatto con la fretta e l'ansia suscitate dall'emergenza.  
Gli elettrodi devono essere ben fissati sulla proiezione cutanea dell'estremità distale della clavicola, sulla faccia anteriore della spalla, nel punto in cui la pelle è più vicina all'osso e sulle proiezioni delle spine iliache anteriori superiori, con le medesime caratteristiche appena descritte.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 257 di 524**

- 5) **Saturimetria**: la saturimetria permette di monitorare l'attività respiratoria. Rappresenta un parametro molto importante e pertanto si dovranno preparare le dita del paziente rimuovendo tutte le condizioni che rendono difficoltosa la valutazione del parametro prima di salire il paziente sul mezzo di trasporto. Poichè trattenere un dito nella morsa della sonda può divenire particolarmente fastidioso è necessario spostare la sonda almeno ogni 30'. Di conseguenza devono essere preparati più siti ove applicare la sonda.
- 6) **Fleboclisi**: controllare che le flebo e le attrezzature siano ben fissate nel mezzo per evitare che cadano con possibile danno alle persone viaggianti e che, conseguentemente, debbano essere ri-fissate nel mezzo in movimento.
- 7) **Zaino**: portare sull'ambulanza l'apposito zaino avendo cura di aggiungere gli eventuali farmaci prescritti dal medico responsabile del trasferimento. Gli stessi dovranno essere rimossi, dallo zaino, al rientro in sede.
- 8) **Defibrillatore**: prima di partire, accendere il defibrillatore e controllare se si illuminano le spie di allarme; se ciò dovesse avvenire, sostituire l'attrezzo.  
Controllare che il defibrillatore sia posto in posizione semi-automatica per poterlo utilizzare in caso di necessità, secondo i protocolli BLS-D.  
Si ricorda che, seppure le attrezzature vengono controllate ogni mattina, tutto ciò che è elettronico potrebbe improvvisamente guastarsi, pertanto, un ulteriore controllo non è mai superfluo, anzi è sempre consigliabile.
- 9) **Ossigeno**: controllare, prima di imbarcare il paziente, la pressione delle bombole di O2 e che la quantità di O2 sia sufficiente per la durata prevista del viaggio.
- 10) **Maschera O2**: una maschera per ossigeno deve essere sempre preparata per il paziente, collegata agli appositi erogatori e deve essere controllato che il manometro funzioni con erogazione dell'O2 all'apertura della valvola. Sarebbe opportuno eseguire il punto prima di imbarcare il paziente. Non si deve attendere la necessità per approntare tale sistema.
- 11) **Controllo del mezzo prima della partenza**: bisogna far controllare, prima della partenza, all'autista, la funzionalità delle luci, facendogli fare il giro del mezzo, fargli controllare le luci di emergenza e gli avvisatori acustici d'emergenza (clacson e sirena) nonché la corretta chiusura di tutti i portelloni dell'ambulanza. In caso di guasto, cambiare mezzo.
- 12) Circa il controllo del mezzo, questo è garantito, per quanto possibile, dall'esecuzione della check list che gli autisti eseguono ogni mattina, firmando l'apposita modulistica e che viene eseguita al rientro da ogni viaggio segnando sul foglio marcia eventuali anomalie e segnalandole con appositi cartelli ai colleghi dei turni successivi laddove non fosse possibile intervenire immediatamente o mettendo in fuori uso il mezzo se necessario.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 258 di 524**

13) **Fine del trasporto**: al termine del viaggio dovranno essere reintegrati i farmaci utilizzati sostituendo l'intera confezione e modificando la data di scadenza sulla check list presente nello zaino (se variata). Dovranno essere rimosse tutte le flebo ed il materiale che si deteriora con l'esposizione alla luce o con gli sbalzi termici legati al permanere di tali presidi sulle ambulanze.

La completezza dello zaino viene garantita dal suo controllo giornaliero previsto dalla check list del controllo farmaci ed attrezzature, sottoscritto dall'infermiere responsabile del turno.

14) **Controllo cabina passeggero**: nel caso di farmaci, flebo o altri presidi lasciati sui mezzi, l'autista, nell'esecuzione della check list dovrà segnalarli; un infermiere del pronto soccorso andrà a rimuoverli ed opportuna segnalazione dovrà essere eseguita al coordinatore infermieristico dell'U.O. cui appartiene il personale infermieristico che ha accompagnato il paziente.

Nel caso di ripetizioni della mancata esecuzione di questo punto verrà fornita opportuna segnalazione alla Direzione Sanitaria.

Il ritrovamento di farmaci o flebo da parte del coordinatore infermieristico o di chiunque acceda all'ambulanza comporterà responsabilità per l'autista che ha eseguito l'ultimo controllo.

Si ricorda che esistono precise norme circa la conservazione dei farmaci sui mezzi mobili, cui si rimanda per brevità.

15) **Precisazione**: è opportuno notare che il personale viaggiante ha il compito di raccogliere il materiale riguardante il paziente che, di norma, deve essere pronto nel momento in cui si chiamano i reperibili.

## Indicatori

numero segnalazioni farmaci presenti in ambulanza\*100/numero trasferimenti eseguiti

Valore atteso

<10%



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 259 di 524</b></p>
---	---	---

## **PR056: Protocollo CPAP di Boussignac**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR056</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 10/12/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

### **1. Operatori Interessati**

Sono interessati al presente protocollo i Medici e gli Infermieri Professionali dell'MCAU.

### **2. Premessa**

**CPAP** = continuous airways positive pressure (pressione positiva continua nelle vie aeree)

**NIMV** = non invasive mechanical ventilation (ventilazione meccanica non invasiva ovvero senza necessità di intubare il paziente)

**NIPPV**: non invasive positive pressure ventilation, sinonimo del punto precedente.

In pratica, si tratta di mantenere una pressione positiva, nelle vie aeree, durante tutte le fasi della respirazione

La CPAP di Boussignac è un dispositivo, monouso, che permette di incrementare la pressione all'interno della maschera sfruttando il flusso, dell'aria o dell'ossigeno compresso, trasformandolo in incremento della pressione.

L'incremento pressorio all'interno della maschera determina un incremento della capacità residua funzionale, una riduzione del lavoro respiratorio (WOB) ed una migliore ossigenazione del sangue arterioso del paziente.

### **3. Fisiologia**

Normalmente, nell'inspirazione la pressione alveolare è negativa a causa della trazione della parete toracica sui polmoni e di conseguenza sugli alveoli; ciò consente l'afflusso di aria nei polmoni dall'ambiente.

Una pressione alveolare negativa provoca una tendenza degli alveoli a collabire, si oppone a questa tendenza il surfactante.

La chiusura degli alveoli, come facilmente comprensibile, comporta difficoltà negli scambi e, se gli alveoli sono parzialmente occupati da liquidi (come nell'edema polmonare o nel principio di annegamento) o da secreti (bronchite), il surfactante non è in grado di opporsi al collabimento.

Per garantire una pressione positiva, occorrerebbe intubare il paziente e collegarlo al ventilatore meccanico.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 260 di 524**

Mantenendo una pressione positiva esterna, si garantisce la ventilazione spontanea pur evitando agli alveoli di collabire, senza intubare il paziente.

**4. Criteri di Inclusione**

- a. dispnea in cardiopatico resistente al trattamento farmacologico iniziale;
- b. dispnea da principio da annegamento;
- c. La CPAP sarebbe indicata, anche, nelle dispnee da riacutizzazione di bronchite cronica ed asma bronchiale, con  $pO_2 < 92$ . In questi casi massima attenzione, utilizzare pressione di **O<sub>2</sub> max di 5 cm H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>** e tener sempre presente che, nei bronchitici cronici, una eccessiva ossigenazione può condurre a bradipnea e arresto respiratorio (con conseguente immediata necessità di intubazione); in questi casi sarebbe meglio utilizzare aria compressa al posto dell'O<sub>2</sub>;
- d. Massima attenzione nell'enfisema (spesso associato a bronchite cronica) dove può verificarsi intrappolamento aereo con conseguente dispnea e possibile pnx iatrogeno.

**5. Criteri di Esclusione**

- a. Assenza di respiro spontaneo (provvedere ad assistenza ventilatoria, protocollo codice rosso);
- b. Stato di coma (sia per il rischio di inalazione, sia perché l'ipertensione endocranica peggiora con l'aumento della pressione alveolare);
- c. Ipovolemia (pressione sistolica  $< 90$ mmHg);
- d. Frequenza respiratoria  $< 12$  atti/m';
- e. Infarto miocardico in atto (chiedere se ha dolore al torace, eseguire, possibilmente, ECG prima di applicare la CPAP);
- f. Intolleranza alla procedura (alterazioni dello stato di coscienza che impediscono di mantenere la maschera in sede, paziente non collaborante);
- g. Pneumotorace (chiedere di dolore al torace, controllare movimenti simmetrici torace);
- h. Interventi chirurgici a faringe, laringe, trachea, esofago e stomaco o traumi facciali nei 10 giorni precedenti;
- i. Evitarla nei pazienti traumatizzati (per i motivi sopra esposti);
- j. La CPAP va sospesa se provoca rallentamento dell'attività respiratoria sotto 10 atti minuto.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 261 di 524**

Per brevità: il paziente deve essere collaborante, non in fase di shock, non traumatizzato.

**6. Scopo**

***In caso di ipossia, la C.P.A.P. migliora la PaO2 anche senza ricorrere all'intubazione E.T.; riduce la fatica respiratoria del paziente.***

**7. Vantaggi**

- Grande semplicità di utilizzo;
- Consumo di ossigeno relativamente basso;
- Spazio morto e ingombro molto contenuti;
- PEEP regolabile a seconda della necessità del paziente senza dover cambiare valvole;
- Sistema aperto che permette la comunicazione con il paziente riducendone lo stress;
- Diminuzione del lavoro respiratorio grazie alla valvola virtuale che non presenta inerzia;

**8. Uso**

A paziente semiseduto, dopo valutazione di anamnesi e segni vitali:

- 1) Aprire la busta della valvola di Boussignac e collegare il tubo di raccordo all'erogatore di ossigeno, (lato lontano dalla valvola di Boussignac) senza gorgogliatore o con H2O2 al minimo;
- 2) Montare il manometro, raccordando la prolunga (del manometro) all'apposito connettore, in prossimità della valvola di Boussignac;
- 3) Scegliere la maschera adatta per il paziente; raccordare la maschera con la valvola di Boussignac;
- 4) Chiedere al paziente di mantenere al bocca semiaperta; gonfiare, o sgonfiare, il cuscinetto della maschera, utilizzando una siringa senza ago, in modo da farla aderire perfettamente ed evitare sfiati dalla maschera.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 262 di 524</b></p>
---	---	--

## [PR057 Ambulatorio integrato diabete](#)

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR057</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/12/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

INDIRIZZATO A
Tutto il personale

### **1. Premessa**

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata da valori glicemici elevati. Si ritiene appropriato, sulla base di Linee Guida Nazionali e Internazionali, che ogni paziente diabetico effettui un follow up, ben descritto nel Documento AGI cui si rimanda.

La normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza considera ad elevato rischio di inappropriatazza il ricovero per diabete.

Naturalmente, è appropriato il ricovero in caso di complicanze (Ictus, IMA, SCA, ecc...).

### **2. Qualità percepita dei servizi**

Nonostante la grande maggioranza dei cittadini diabetici ritenga che i servizi abbiano orari adeguati, i locali siano facilmente accessibili e puliti, si assiste ad un uso inappropriato del Pronto Soccorso e dell'Ospedale per la cura di questa patologia cronica, spesso, anche, in assenza di complicanze che giustifichino l'accesso al Pronto Soccorso o la richiesta del paziente di ricovero.

Troppo spesso, infine, si nota una mancata adesione, del paziente, ai protocolli nazionali ed internazionali circa le terapie o gli screening da eseguire.

### **3. Obiettivi**

Creare fra i MMG ed i centri specialistici di diabetologia dell'adulto un collegamento bidirezionale che renda possibile la comunicazione permanente tra i vari attori del sistema: MMG, Servizi specialistici, Amministratori, Paziente attraverso uno strumento di facile e sicuro utilizzo identificato nel Web;

Accrescere l'appropriatezza degli interventi del diabetologo e del MMG attraverso una forte opera di sensibilizzazione e aggiornamento in funzione della condivisione dei dati e dei protocolli con lo specialista e il miglioramento della diagnosi precoce del diabete e della sua prevenzione primaria.

Ridurre i ricoveri per quei casi trattabili ambulatorialmente

Ridurre gli accessi in Pronto Soccorso per pazienti che non necessitano di cure intensive e/o in emergenza, attraverso la creazione di percorsi certi e condivisi cui

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 263 di 524**

inviare il paziente che non necessita di ricovero o di prestazioni a carattere di urgenza/emergenza.

**4. Risultati attesi**

- a) Riduzione ricoveri inappropriati per DRG “diabete mellito”;
- b) Riduzione del numero di accessi per diabete al Pronto Soccorso;
- c) Aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica (verifica della compliance alla prescrizione farmaceutica etc);
- d) Attuazione della pratica di gestione integrata del diabete Ospedale-Territorio, modulata in funzione di un protocollo condiviso e della disponibilità/capacità del singolo medico coinvolto;

**5. Descrizione dell'intervento**

Lo sportello paziente cronico è aperto dalle ore 8.30 alle ore 13.30 dei giorni feriali, escluso il sabato.

Poiché appare corretto che il paziente non sia mai abbandonato, ma che passi dall'assistenza del Pronto Soccorso a quella territoriale, senza interruzione delle cure, tutti i pazienti diabetici, che non sono ricoverati, previo eventuale trattamento e previo consenso informato, vengono segnalati allo sportello per il paziente cronico.

Naturalmente questo invio deve avvenire entro le ore 12.00 dei giorni feriali escluso il sabato; a tal proposito fa fede l'ora di invio del fax.

Lo sportello sarà allertato attraverso l'invio di un fax (n.0923472620) contenente la scheda allegata al presente documento, completamente compilata.

Lo sportello, allertato, provvederà immediatamente a contattare il MMG, informandolo dell'avvenuta segnalazione da parte del P.S. e prospettando la disponibilità del servizio distrettuale alla presa in carico del paziente.

Qualora il MMG opponesse rifiuto sarà lo stesso MMG a prendere, immediatamente, in carico il paziente, salvo diversa volontà del paziente stesso.

In ogni caso, la segnalazione del paziente comporterà l'inserimento del paziente nel Registro Distrettuale del Paziente Cronico.

**6. Caratteristiche del paziente**

Il paziente non dovrà essere portatore di patologie a carattere acuto quali dolore toracico, deficit motori o sensitivi, glicemia corretta ai valori “normali” per il paziente, se non preventivamente corrette.

ESEMPI:

- Ripetuti episodi d'ipoglicemia
- Glicemie tra 300 e 400 mg\dl con o senza chetonuria
- Glicemie ripetute postprandiali 200 mg\dl
- Glicemie ripetute a digiuno 180 mg\dl
- Episodi infettivi (es. Urine)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 264 di 524**

- Modificazioni del visus
- Neuropatie periferiche
- Incontinenza, ritenzione urinaria
- Impotenza
- Piorrea
- Recente comparsa d'ipertensione arteriosa
- Comparsa d'alterazioni della funzionalità renale (lieve)
- Prima di richiedere esami strumentali invasivi
- Dopo ricovero ospedaliero di qualsiasi natura
- Riscontro di dislipidemie non note
- Lesioni trofiche iniziali del piede.

## **7. Ricoveri ospedalieri**

### ➤ **urgenti:**

Possono essere richiesti direttamente dai MMG al Pronto Soccorso e riguardano le complicanze metaboliche acute con rischio per la vita del paziente:

- a) Chetoacidosi: Segni clinici (stato soporoso, grave disidratazione ecc...), Glicemia > 250 mg/dl, chetonuria, ove possibile previa esecuzione sul territorio di emogasanalisi;
- b) Iperosmolarità non chetotica: Compromissione dello stato mentale ed elevata osmolarità plasmatica (>315 mOsm/kg) in pazienti con iperglicemia severa (>400 mg/dl);
- c) Iperglicemia grave con neuroglicopenia: Glicemia < 50 mg/dl senza pronta risoluzione della compromissione del sensorio con il trattamento;
- d) Complicanze acute dell'apparato cardio-vascolare;
- e) Stato tossi-infettivo per gangrena diabetica;
- f) Ischemia critica agli arti inferiori;

### ➤ **Ricovero Ospedaliero Programmabile** (in regime ordinario o di Day-Hospital)

Il MMG **propone e concorda** il ricovero con la Divisione di Medicina (richiesta di visita ambulatoriale per ricovero, autorizzata dal CUP e senza coinvolgimento del Pronto Soccorso):

- a) Diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio: pazienti con diabete all'esordio, che non necessitano di ricovero urgente, per i quali risulta indispensabile un inquadramento clinico sollecito, allo scopo di impostare la migliore terapia e/o che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici di particolare complessità (preferibile D.H.);
- b) Scompenso metabolico cronico: pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con situazione di scompenso o instabilità glicometabolica perdurante da diverso tempo, nei quali si ravvisa la necessità di non procrastinare accertamenti diagnostici multispecialistici, o

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 265 di 524**

che richiedono monitoraggio in ambiente ospedaliero, per la ricerca delle cause e l'attuazione di modifiche terapeutiche (preferibile ricovero ordinario);

c) Follow-Up della malattia e delle sue complicanze: pazienti con diabete che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici, di particolare complessità e che richiedono particolare cautela per motivi sociali, clinici, lavorativi o scolastici.

(Preferibile D.H.);

d) Gravidanza in donna diabetica o diabete insorto in gravidanza (preferibile D.H.);

e) Avvio terapia con infusione sottocutanea continua d'insulina (preferibile D.H.);

f) Studio e cura del piede diabetico (quando non sussistono le indicazioni al ricovero urgente) (preferibile D.H.);

g) Esecuzione di procedure diagnostico- terapeutiche invasive. (Ricovero e/o D.H.).

## **8. Conclusioni**

➤ Poiché ogni nuovo percorso può trovare ostacoli imprevisti,

➤ al fine di valutare i casi di bug organizzativi,

si organizza una commissione che coinvolga gli attori principali (MMG, Ambulatorio diabetologico territoriale, Territorio, Medicina Ospedaliera e Pronto Soccorso) al fine di analizzare gli eventuali problemi verificatesi che in fase iniziale si riunirà almeno una volta al mese.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 266 di 524**

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR057</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/12/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

## **58) Assistenza al paziente in condizioni critiche o potenzialmente critiche che necessità di procedure o interventi da eseguire al di fuori del MCAU**

- 1) **Definizione di paziente potenzialmente critico:** devono essere considerati potenzialmente critici tutti i pazienti che nell'arco temporale prevedibile di allontanamento dal MCAU possano trasformarsi in critici.
- 2) **Definizione di paziente critico:** qualsiasi paziente con alterazione dei parametri vitali ed instabilità emodinamica e/o respiratoria.
- 3) **Personale in indirizzo del presente protocollo:** medici ed infermieri dell'U.O. di MCAU.
- 4) **Scopo:** ridurre il rischio che questi pazienti si trovino privi di assistenza medica e/o infermieristica al momento di comparsa della criticità e riduzione dei tempi necessari per l'attivazione degli interventi sanitari.
- 5) **Protocollo:**
  - a) il paziente sopra definito, prima di essere accompagnato fuori dall'U.O. di MCAU deve avere parametri vitali stabili.
  - b) Deve essere presente almeno un accesso venoso, che non presenti difficoltà di deflusso, con ago posizionato in posizione stabile e ben adeso alla cute, a basso rischio di rimozione accidentale.
  - c) Prima di essere trasferito in altre UU.OO. devono essere presi opportuni accordi con l'U.O. di destinazione al fine di ridurre i tempi di stazionamento al di fuori del MCAU ed essere certi che quanto richiesto

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 267 di 524**

venga eseguito in tempi rapidi. In caso di problemi il paziente non deve attendere in corridoio, ma riportato in MCAU.

- d) Se necessario verranno utilizzati presidi presenti in MCAU (Lucas 2, monitor defibrillatori o multiparametrici). Qualora tali presidi fossero lasciati al di fuori dell'U.O. dovrà essere firmata, dal consegnatario del paziente, apposita ricevuta che sarà resa quando l'attrezzo tornerà in MCAU.
- e) Se necessario si allenterà il rianimatore, ovvero, se sono presenti più medici di guardia, uno dei medici accompagnerà il paziente, possibilmente con un infermiere. Qualora non fosse necessaria la presenza del medico, il medico responsabile del paziente può comandare un infermiere per tali incombenze. Un ausiliario/oss eseguirà quanto di propria competenza.
- f) Registrazione di quanto fatto (accompagnamento del paziente da parte di medico e/o infermiere) deve essere rilevabile dalla documentazione clinica del paziente, a cura del medico, scrivendo l'ora di allontanamento dal MCAU e l'ora di rientro, specificando nome del medico e/o dell'i.p. accompagnatore e/o dell'anestesista cui è stato affidato il paziente. Se il paziente verrà dimesso o ricoverato, traccia di quanto fatto dovrà essere presente su tali certificazioni.
- g) L'infermiere che accompagna fuori dal reparto un paziente, sia all'interno del nosocomio che al di fuori di esso, non in Pronta Disponibilità, dovrà scrivere, in apposito registro, sito al di sotto di LUCAS 2, il nome del paziente che accompagna, il luogo ove viene accompagnato, l'ora di uscita e quella di rientro, eventuali problemi riscontrati, le attrezzature consegnate ad altre UU.OO. e/o comunque utilizzate sul pz accompagnato. Dovrà accertarsi, inoltre, che sulla certificazione del paziente tali dati vengano riportati.

- 6) **Verifica:** opportune verifiche sulla pedissequa attivazione del protocollo in oggetto verranno eseguite al fine di monitorare l'attuazione del presente protocollo e riduzione del rischio clinico per il paziente.

7) **indicatori:**

- a) numero di pazienti accompagnati da medico e/o infermiere
- b) congruità fra le segnalazioni infermieristiche e registrazioni sul sistema informatico (**n.cod.bianchi e verdi accompagnati \*100/tot bianchi e verdi**)
- c) numero di pazienti, in carico al MCAU, che necessitano di intervento di anestesista al di fuori dei locali del P.S., con specialista chiamato da

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 268 di 524**

personale diverso da quello del MCAU (<10% rispetto al totale dei pazienti accompagnati da medico e/o infermiere)

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 269 di 524</b></p>
---	---	--

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR057</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Rosa Pollina Dott.ssa G.L.Colomba	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data Emissione 15/12/2011</b> <b>Data revisione 13/03/2012</b> <b>Numero revisione: 1</b>

## **59) Procedura chiama tutti**

### **Numeri Utili**

#### **a) PolAria (polizia aeroportuale) 0923598731**

### **Scopo**

Quando il Pronto Soccorso è allertato, per elevato afflusso di pazienti, è necessario che, con meccanismi automatici, tutto il personale disponibile sia richiamato in servizio, per far fronte all'emergenza e avere una quantità di risorse umane sufficienti all'uopo.

### **Premessa**

Da qualche anno è stata abolita la reperibilità generica, che non è stata sostituita con alcun mezzo contrattuale, di conseguenza, bisogna far leva sullo spirito di appartenenza e sulla buona volontà, cosa priva di valenza amministrativa, che non può essere obbligatoria e che, se non presente nella vision del dipendente, può determinare alto rischio circa il funzionamento di un piano d'emergenza.

Sarebbe opportuno, invece, che l'Amministrazione valutasse i servizi che per obbligo istituzionale devono avere la "reperibilità generica" e approntasse dei mezzi, sotto forma di "incentivazione" o di "progetto obiettivo", per istituzionalizzare questa forma di "reperibilità generica" che, in Pronto Soccorso è, moralmente, obbligatoria e cui la maggior parte del personale si sottopone, spontaneamente, con spirito di servizio e sacrificio ben comprendendo che il bene comune viene prima dell'interesse personale e familiare e che, purtroppo, in atto non è prevista neanche fra i carichi di lavoro da valutazione.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 270 di 524**

Nei servizi individuati come essenziali e in cui dovrebbe essere previsto il sistema della “reperibilità generica”, inoltre, diviene indispensabile prevedere dei meccanismi per cui il personale debba risiedere entro Km 35-45, al fine di poter giungere in P.S. entro 30-45’, in ogni circostanza.

## Dichiarazione dello stato di emergenza

Nella dichiarazione di stato d'emergenza sono scolasticamente distinguibili tre fasi:

- Allertamento
- Allarme
- Stato di emergenza

Poiché sono necessari circa 30’ perché il personale del Pronto Soccorso giunga in servizio, appare opportuno che la fase di allertamento e/o quella di allarme siano opportunamente superate se il tempo prevedibile, per l’arrivo dei feriti in P.S., sia ragionevolmente inferiore a 30’, e in tale evenienza si passi direttamente alla fase di emergenza.

Nel caso in cui i tempi siano superiori a 30’, il medico di guardia responsabile (vedi dopo), sulla base delle informazioni ricevute, decide se passare attraverso le tre fasi, o direttamente alla 3’, con tutte le scelte possibili a sua disposizione, da valutare in base ai dati ricevuti.

La dichiarazione di stato di emergenza può avvenire attraverso varie vie che, normalmente, sono quelle, appresso elencate:

- Ufficio Territoriale del Governo (Prefettura)
- 118
- Direzione Sanitaria
- Forze dell’Ordine

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 271 di 524**

- Autorità Aeroportuale
- Autorità Marittima
- VVFF
- Medico di Guardia del Pronto Soccorso

Il numero di persone richiamate in servizio e la risposta da preparare devono essere flessibili e proporzionali al numero delle vittime previste/accertate.

Il numero di persone da richiamare e la tipologia di risposta sono stabilite dal Direttore dell'U.O./Sostituto del Direttore/Medico di Guardia, nell'ordine.

### **Ricevimento della chiamata**

Chiunque riceve la chiamata di allertamento, qualunque sia la fase dell'allerta, deve annotare:

- Chi ha allertato (cognome e nome o numero di matricola, ente chiamante).
- Telefono di riferimento di chi allerta (se tale numero non è comunicato, deve chiederlo).
- Il numero delle vittime presunte (se tale valore non è comunicato, deve chiederlo).
- Chiedere e annotare il tempo presunto per l'arrivo in P.S. dei primi pazienti.
- Deve scrivere i dati sopra comunicati e, quindi, ripeterli al chiamante, annotare e ripetere se trattasi di allerta, allarme o stato di emergenza, in modo da render certo, al chiamante, di aver ben compreso il messaggio.

Se il messaggio è stato ben compreso, sarà ben trasmesso.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 272 di 524**

- Qualora, per l'emozione, non fosse in grado di eseguire quanto sopra, passerà la comunicazione a persona di grado superiore (infermiere/medico), tenendo conto della necessità di agire in tempi brevissimi per non ostacolare l'opera di chi allerta.
- Il foglio con i dati, di cui sopra, sarà consegnato, immediatamente, al medico di guardia che deve interrompere la propria attività per dare seguito al presente protocollo, qualunque sia la sua occupazione al momento della comunicazione, in modo da attivare, nel più breve tempo possibile, il maggior numero di persone ed evitare ritardi. Naturalmente se impegnato può delegare

### **Compiti del medico di guardia responsabile**

Per medico di guardia responsabile momentaneo dell'U.O. s'intende il medico scritto nella prima colonna del turno di servizio, al momento della comunicazione/presentazione dello stato di emergenza.

Il medico, appena indicato, può delegare altra figura professionale del MCAU, purché l'atto di delega sia fatto in maniera chiara, comprensibile e accertata, per eseguire materialmente l'allertamento; l'eventuale delega deve essere segnata sul foglio su cui sono stati scritti i dati del precedente punto.

La parte iniziale dell'allertamento è comune a qualsiasi tipologia di maxi emergenza, intra/extra-ospedaliera.

Il medico di guardia, o la persona delegata, deve eseguire le seguenti telefonate e comunicare il grado di allertamento, il presunto numero di vittime e il tempo previsto per l'arrivo dei primi feriti affinché siano immediatamente prese delle decisioni che, a cascata, influiranno sull'assistenza offerta:

- Direttore dell'U.O. (numero telefonico breve 86035 o 3497924779 o 0923567486 invernale, 0923571002 estivo) o suo sostituto (in atto dott. Sammartano 3281231770). Agli stessi dovranno essere comunicati i dati dell'allarme ed i medici in servizio e quelli del turno successivo a quello dell'evento.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 273 di 524**

- Capo Sala (0923882274 - 3485451010) o suo sostituto (in atto I.P. Fazio 3487568956). Agli stessi dovranno essere comunicati gli infermieri e gli ausiliari in servizio e quelli del turno successivo.
- Medico di MCAU reperibile
- Infermiere di MCAU reperibile
- Autista di MCAU reperibile
- Centralino
- Direttore Sanitario di P.O. (numero breve 86304) o suo sostituto
- Gruppo E.P.E. (psicologia dell'emergenza) 3473732780 (dott.Schifano)
- Se il numero delle vittime è >15, dietro richiesta del Direttore U.O./Sostituto/Medico di Guardia, si procede con la chiamata generale che prevede:
  - a. Il Medico di Guardia chiama **TRE** degli infermieri appresso elencati, scegliendo quelli che non hanno il turno seguente quello dell'evento (Fazio 3487568956, Tumminia 3280337705, Mazzara 3472780270, Barbata 3286662352, Amico 3333224810)
  - b. Il Direttore dell'U.O. allerverà: Sammartano, Angileri, Pollina (salvo siano di guardia o nel turno successivo)
  - c. Sammartano allerverà, rispettando le eccezioni del punto precedente: Cucchiara, Scuderi e Salamone
  - d. Angileri allerverà, rispettando le eccezioni del punto precedente: Angileri, Coppola, Saladino
  - e. Pollina allerverà, rispettando le eccezioni del punto precedente: Maggio, Colomba e Manuli
  - f. Colomba chiamerà Miccichè
  - g. Maggio chiamerà Di Bona

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 274 di 524**

- h. Gli I.P., individuati al punti 1, provvederanno ad allertare la propria squadra
- i. La Capo Sala allerterà, rispettando chi è in servizio e nel turno successivo, gli ausiliari/oss: Battaglieri, Bruno Antonina, Reina Salvatore, avvisando di non chiamare chi deve essere rispettato.
- j. 1 Battaglieri chiamerà Alestra, Rodolico, Martinico, Bologna
- k. 2 Bruno chiamerà Mazza, Peraino e Vultaggio
- l. 3 Reina chiamerà Porto, Alogna, Basiricò e Figuccio
- m. L'autista in servizio chiamerà tutti i colleghi ad esclusione di quello del turno successivo e del reperibile (quest'ultimo allertato dal Pronto Soccorso)
- n. Tutte le persone non chiamate dal punto "c)" al punto "j)" dovranno chiamare Capo Sala o Direttore U.O. per confermare (o non) il loro arrivo in servizio (anche con sms).

Le persone sopra indicate, dal numero 1 al 5, dovrebbero essere sufficienti per rispondere a emergenze extra ospedaliere, con previsione di un numero di vittime fino a 15.

Se il numero delle vittime fosse superiore a 15, sarà allertato tutto il personale con applicazione integrale del presente protocollo (chiamata del punto 6).

Le chiamate andranno eseguite nel più breve tempo possibile evitando di intasare il centralino e le linee del Pronto Soccorso.

## **Organizzazione**

Ogni operatore dell'U.O., medico o non, riceverà dei numeri telefonici da chiamare nel caso in cui fosse allertato per maxi emergenza. Tali numeri di telefono possono essere, indifferentemente, di personale di pari o diversa qualifica.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 275 di 524**

La conseguenza di quanto sopra è che chiunque dovrebbe ricevere due chiamate di allertamento, ma, già alla prima chiamata, dovrà adoperarsi per eseguire quanto previsto nel presente protocollo operativo.

## Procedura

Tutto il personale, del MCAU, dovrà collaborare nella fase di allertamento.

Salvo il Direttore dell'U.O., Capo Sala e personale reperibile, le cui chiamate iniziali di allertamento proverranno direttamente dal PS, tutti gli altri saranno allertati dai numeri privati di altri colleghi di U.O.

Il personale appena allertato dovrà chiamare i due operatori successivi nella catena di allertamento, secondo quanto previsto prima.

Non seguire il presente protocollo, non eseguendo le chiamate previste, o non rispondendo alla telefonata di allertamento, comporta il blocco della catena di allerta, con conseguenze facilmente immaginabili.

Punti terminali della catena sono il Direttore dell'U.O. e la Capo Sala che, se tutto è eseguito senza interruzioni, riceveranno altre chiamate segno che tutta la procedura è stata eseguita e potranno organizzare i soccorsi conoscendo il numero di operatori su cui contare.

## Responsabili del Rischio Clinico

I responsabili del rischio clinico di U.O. dovranno comunicare, agli interessati:

- le variazioni dei numeri di telefono.
- le modifiche dei numeri da allertare, forniti ai singoli dipendenti, che sono legate:
- Al cambio del numero telefonico dell'anello successivo
- Alla variazione della pianta organica.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 276 di 524**

Il loro intervento deve essere documentato, per atto scritto, al Direttore dell'U.O. e alla Capo Sala, entro i 7 giorni successivi alla modifica della pianta organica o alla variazione del numero di telefono di un operatore del P.S.

Nell'allegato lo schema di successione delle chiamate che sarà aggiornato al cambio dell'assegnazione della pianta organica.

Il presente protocollo verrà aggiornato nelle procedure di chiamata al verificarsi di modifiche della pianta organica, garantendo, sempre, la qualità del servizio sopra espressa.

## **Personale medico e non**

Tutto il personale del MCAU dovrà eseguire quanto appresso:

- Ricevuta la chiamata di allarme, dovrà, se possibile:
  - Presentarsi nel più breve tempo possibile, al Pronto Soccorso, e in ogni caso chiamare i numeri di telefono dei colleghi da allertare.
  - Comunicare, all'anello successivo, il numero di persone che si presenta, per qualifica, aggiungendo un'unità a quelle della propria qualifica, se egli stesso arriverà al P.S. Infine, l'ultima chiamata permetterà, al Direttore dell' U.O. ed alla Capo Sala, di conoscere le persone su cui potrà far conto per rispondere all'emergenza.

## **Operazioni preliminari**

Al fine di trovare spazi per l'assistenza, tutti i pazienti in OBI saranno dimessi o trasferiti nel corridoio antistante alle stanze del Direttore U.O.-Capo Sala.

Il triagista inviterà tutti i pazienti, codice bianco e verde, eccetto i dolori toracici, a recarsi presso altre strutture di soccorso (MMG, PPI, GM, altro...), spiegando lo stato di emergenza in corso.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 277 di 524**

Verranno bloccate tutte le richieste di esami e consulenze non strettamente urgenti e non rinviabili, al fine di aumentare le possibilità di risposta all'emergenza.

In caso di emergenza:

- Il corridoio antistante le sale visita diviene spazio assistenziale. Si fa divieto a tutti i non addetti ai lavori di occupare tale spazio a qualsiasi titolo e per qualsiasi tempo. Le forze dell'Ordine dovranno far rispettare il punto. Il Sig. Prefetto ha approvato questo punto in diverse occasioni.
- L'OBI, se necessario verrà, in toto o in parte, chiusa per garantire altri punti visita.
- I pazienti, a bassa intensità di cure, che necessitano di breve osservazione o in attesa di essere trasferiti in altre U.O., verranno appoggiati, in barella o lettiga, nel corridoio lungo che porta agli spogliatoi.
- I pazienti più gravi, invece, resteranno in attesa di trasferimento innanzi all'ascensore o in OBI o nel corridoio antistante le sale visita.
- Nessun paziente deve essere inviato in altre U.O. o in altri spazi, anche del Pronto Soccorso, se prima non è stato registrato. Nello spazio, della scheda informatica, riservato alla terapia deve essere indicato dove è stato inviato il paziente al momento dell'ultima visita e tale dato deve essere aggiornato ad ogni rientro del paziente in sala visita.
- I referti dovranno presentare, nella prima parte delle note la dizione: evento del ---/---/---.
- Tutti i referti, inerenti l'evento, andranno raccolti nel raccoglitore ove normalmente vengono tenuti gli enzimi cardiaci.
- I pazienti, di cui non si conoscono le generalità, dovranno avere come **cognome** il numero della scheda di triage, come **nome** X se donna, Y se uomo; si ribadisce, ancora una volta, se fosse necessario, che queste indicazioni valgono per tutti i casi di persona non in grado di fornire le generalità.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 278 di 524**

- Nei momenti di confusione è maggiore il rischio di errore nell'individuazione dei pazienti, pertanto si prega attuare pienamente il protocollo sull'identificazione dei pazienti

## Obiettivi

Rapido allertamento del personale di P.S.

Massima possibilità di assistenza da parte di tutte le U.O.

## Indicatori

Numero di persone che riceveranno l'allertamento (obiettivo 100% del personale assegnato al P.S.)

Numero di persone che forniranno la disponibilità a recarsi in servizio (obiettivo 35%.)

## Simulazioni

Almeno una volta l'anno, in data stabilita dai vertici aziendali, sarà eseguita una simulazione per validare il presente piano.

Altra simulazione è rappresentata dalla necessità di sostituire, improvvisamente, il personale assente improvvisamente, a qualsiasi titolo.

La risposta alla chiamata del Direttore dell' U.O. sarà registrata con segnalazione dell'esito (personale che risponde, o non, alla chiamata telefonica).

## Valutazione

Poiché la capacità di risposta alle maxiemergenze rappresenta un punto di qualificazione e di qualità del MCAU, la risposta (o la mancata) costituirà punto di valutazione per l'anno in cui si è eseguita la verifica.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 279 di 524**

Il presente articolo sarà applicato solo se validato dalla Direzione Strategica Aziendale.

## **Indicatori**

- 1) 1 simulazione di chiamata/anno
- 2) Numero chiamate eseguite\*100/ Numero chiamate eseguite

## **Valori attesi**

- 1)  $\geq 1$
- 2)  $>80\%$



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 280 di 524**

## Scheda allertamento

## Intestazione

## Sez. 1) Ente che Allerta:

☉Prefettura ☉118 ☉Polizia ☉Carabinieri ☉Capitaneria ☉Aeroporto

☉Dir.San ☉Altro \_\_\_\_\_

## Sez.2) Chi allerta

Persona che allerta. Cogn. e nom \_\_\_\_\_ // n.dist. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## Sez.3) Grado di allerta

☉Allerta ☉Allarme ☉Emergenza in corso

## Sez.4) Entità del Problema e tempistica

- Numero presunto vittime \_\_\_\_\_
- Tempo presunto di arrivo dei primi feriti ora prevista \_\_\_\_:\_\_\_\_
- Fra \_\_\_\_\_ minuti

## Sez.5) Allarme ricevuto da:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Trapani \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Comunicato al dott. \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma del medico

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 281 di 524**

## Pr 060) Protocollo MCAU-Radiologia Trasferimento pazienti fra le UU.OO.

<i>PREPARATO</i> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<i>VERIFICATO</i> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<i>APPROVATO</i> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<i>CODICE DEL DOCUMENTO: PR055</i>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Colomba Dott.ssa Pollina	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data emissione 28/04/2013</b>

Il presente protocollo è rivolto al personale medico, infermieristico e tecnico delle due UU.OO.CC. di MCAU e Radiologia.

### SCOPO

Riduzione dei rischi legati all' esecuzione di esami di competenza dell'U.O.C. di radiologia, richiesti dal P.S. e conseguente trasferimento di pazienti fra le due UU.OO.CC.

Dall'esame critico dei percorsi assistenziali, conseguenti alla necessità di trasferire il pz, dal P.S. in radiologia, è emersa la presenza di tempi d'attesa particolarmente lunghi per il ritorno del paziente dalla radiologia in MCAU.

Poiché l'attesa dei pazienti sopra descritti avviene in locali non presidiati da personale sanitario è opportuno che l'attesa si protragga per il tempo minore possibile.

Per attuare quanto sopra è necessario che il personale ausiliario delle due UU.OO. **collabori** al fine di ridurre i tempi d'attesa post esecuzione dell'esame in radiologia.

### Protocollo

#### 1) priorità

gli esami radiografici richiesti dal MCAU hanno priorità sia se richiesti dal P.S. sia se richiesti dall'OBI

#### 2) problemi sala d'attesa radiologia

Al fine di evitare che numerosi pazienti attendano in radiologia senza alcun controllo sullo stato di salute degli stessi, il personale del MCAU controllerà che al massimo 3 (tre) pazienti vengano trasferiti in radiologia contemporaneamente, soprattutto nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Nel caso in cui più di 3 pazienti debbano eseguire esami radiografici, questi attenderanno nella sala innanzi agli ascensori, negli appositi spazi individuati in MCAU.

#### 3) problemi esecuzione esami radiografici

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 282 di 524**

Poiché se si inviano più persone in radiologia per eseguire esami, non essendo altrimenti individuabile il pz. più grave e di conseguenza quale pz. debba eseguire prima l'indagine, il medico di guardia di MCAU dovrà segnare il grado di priorità (nessuna, urgente o urgentissima).

Il programma gestionale del MCAU prevederà una voce obbligatoria su tale punto.

## 4) Problemi attesa post esecuzione esami

- a) in caso di esame radiografico positivo per frattura, il pz sarà accompagnato in ortopedia dall'ausiliario della radiologia. Il tecnico o il medico radiologo avvertiranno il MCAU per redigere opportuna richiesta di consulenza o ricovero. L'ausiliario della radiologia avvertirà il personale dell'ambulatorio ortopedico che è presente, in attesa, un paziente del MCAU.
- b) nel caso di frattura d'anca, dovendosi applicare il protocollo frattura anca (over 65) il pz. resterà in carico al MCAU che provvederà, con proprio personale, a trasferire il pz. dalla radiologia alla cardiologia seguendo tutto il percorso previsto per tali pazienti, dal protocollo frattura anca (a prescindere dall'età).
- c) Nel caso in cui il paziente provenga da una consulenza neurologica o pneumologica ed il consulente ha richiesto esame radiografico, al termine dell'esame il personale ausiliario della radiologia riporterà il paziente al consulente a prescindere dall'esito dell'esame.
- d) Nel caso in cui è stato programmato un iter clinico (es. ricovero o consulenza richiesta e tale documentazione è in possesso del paziente) l'ausiliario della radiologia accompagnerà il paziente alla tappa successiva dell'iter clinico predisposto, avvertendo il personale del MCAU dello spostamento del paziente in altra U.O..
- e) In tutti gli altri casi, salvo deroghe richieste dal medico radiologo, il paziente, al termine dell'esame radiografico sarà riaccompagnato in Pronto Soccorso.
- f) Se il radiologo ritiene opportuna una consulenza specialistica urgente, ne farà comunicazione al medico di MCAU che richiederà la consulenza; il medico della radiologia, con proprio ausiliario, farà accompagnare il pz. nell'U.O. ove è presente il consulente.

## 5) Trasmissione della competenza sul paziente

Il trasferimento del paziente dalla radiologia ad altra U.O. deve essere comunicato per tempo al personale del MCAU.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 283 di 524**

A tal fine, chi esegue la chiamata e chi la riceve devono essere identificabili in qualsiasi momento per cui è necessario che vengano registrati, in modo leggibile, i nomi di chi effettua la comunicazione nel fascicolo del paziente (scrivere sulla richiesta di esame eseguito chi ha chiamato e dove è stato trasferito il paziente e l'orario; tale comunicazione deve essere registrata in entrambe le UU.OO.CC. coinvolte)

**5) Eccezioni**

Il presente protocollo è da intendersi non come obbligo pedissequo su chi fa cosa, ma, essendo un progetto di collaborazione, gli ausiliari/oss delle due UU.OO.CC. devono collaborare al fine di ridurre al minimo il tempo di permanenza in radiologia del paziente dopo l'esecuzione degli esami.

**6) Controllo**

I Direttori delle due UU.OO.CC, insieme a Capo Tecnico Radiologo e Coordinatore Infermieristico, insieme al responsabile della ditta affidataria degli ausiliari, se ritenuto necessario, si riuniranno periodicamente per valutare e risolvere eventuali criticità che dovessero emergere.

Qualora venissero evidenziate responsabilità personali nella disattesa del presente protocollo, il responsabile potrà essere coinvolto in procedimento disciplinare.

**7) Lista di distribuzione**

Tutto il personale dell'U.O.C. MCAU firmerà copia del presente protocollo assumendosi l'onere della sua applicazione integrale per quanto riguarda il proprio ruolo.

Eventuali problemi dovranno essere segnalati al Direttore U.O.C., Coordinatore Infermieristico, rappresentante dell'U.O. per il rischio clinico o per quello della qualità, tempestivamente raccontando i fatti accaduti.

Il coordinatore Infermieristico è responsabile della lista di distribuzione. Potrà avvalersi di persona di sua fiducia.

**8) bibliografia**

- a) protocollo trasferimento pazienti potenzialmente critici
- b) linee guida ministeriali affidamento pazienti
- c) protocollo trasferimento

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 284 di 524**

## PCR 061: Gestione Osservazione Breve Intensiva (O.B.I. o Degenza Breve)

<b>PREPARATO</b> <i>Responsabile U.O.C MCAU</i>	<b>VERIFICATO</b> <i>Referenti Qualità U.O.</i>	<b>APPROVATO</b> <i>Direttore sanitario presidio</i>	<b>CODICE DEL DOCUMENTO: PR055</b>
Dott. Massimo G. Di Martino	Dott.ssa Anelli	Dott. Giurlanda Francesco	<b>Data emissione 28/04/2013 1' revisione 16/12/2015</b>

### 1) Definizione

Posti Letto tecnici di degenza, del Pronto Soccorso, cui vengono appoggiati i pazienti che necessitano di periodo di osservazione in attesa di definizione del quadro clinico, esecuzione di esami e terapie.

Dal punto di vista esclusivamente tecnico, saranno considerati ricoveri in OBI quelli con un tempo di permanenza non inferiore a 3 ore e non superiore alle 12, prolungabile fino ad un massimo di 24.

L'ora di inizio dell'osservazione è quella di presa in carico al Pronto Soccorso, l'ora di fine quella di dimissione/ricovero/trasferimento.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. spetta, sempre e soltanto, al medico di Pronto Soccorso che prende in carico il paziente.

### 2) Normativa

L'attività di Osservazione Breve o Temporanea è iniziata negli anni '70 nei dipartimenti d'emergenza degli Stati Uniti e si è poi diffusa rapidamente negli altri paesi occidentali, fra cui l'Italia, per rendere il lavoro di Pronto Soccorso più efficace e, soprattutto, performante e sicuro per il paziente.

L'O.B.I., in Italia è rappresentata da posti letto tecnici, senza DRG, senza dotazione organica autonoma rispetto al Pronto Soccorso.

La normativa lascia la possibilità di scegliere fra barelle e poltrone, a Trapani si sono scelte le poltrone (7) lasciando un posto in barella per opportunità.

Con l'OBI è pienamente applicabile il passaggio culturale "di ricovero per fare (anni '80) a faccio per (evitare, se possibile) un eventuale ricovero (anni '90)".

Oggi, tempo in cui si parla di risparmi e razionalizzazione, l'OBI è lo strumento tecnico per evitare ricoveri inappropriati.

Con l'O.B.I. possono essere attuati rapidi percorsi diagnostici e terapeutici, con risultati apprezzabili, per il paziente e con il vantaggio di un risparmio economico rispetto ad un pari risultato ottenuto mediante un ricovero (DRG).

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 285 di 524**

L'accordo Stato Regioni dell'11/4/96 prevedeva: "... nell'ambito delle attività di emergenza-urgenza, dovranno essere garantite quelle di osservazione e breve degenza, con un dimensionamento delle relative unità operative che sia rapportato alle diverse situazioni locali, in particolare a quelle delle grandi aree urbane e metropolitane..."

Bisogna sottolineare che l'OBI non deve essere uno strumento per spostare pazienti/esami dal territorio al Pronto Soccorso, ma uno strumento per il medico di Pronto Soccorso, volto alla riduzione dei ricoveri inappropriati.

**3) Inquadramento**

L'OBI è una struttura semi intensiva, pertanto in tale servizio possono essere appoggiati pazienti stabili, ancorché a rischio, nell'attesa della definizione del ricovero o di trasferimento in altri nosocomi.

**4) Finalità**

Ridurre i ricoveri inappropriati attraverso l'attuazione di percorsi diagnostici e terapeutici (PDC), rapidi, con risultati apprezzabili per il paziente e con il vantaggio di un risparmio economico rispetto ad un pari risultato ottenuto mediante un ricovero (DRG).

La riduzione dei ricoveri a rischio inappropriata, inoltre, dovrebbe rendere più agevole il ricovero per chi ne ha realmente bisogno in modo appropriato, attraverso la liberazione di posti letto, storicamente occupati da ricoveri impropri.

Traducendo, possibilità, per gli operatori del MCAU di utilizzare, in forma concentrata nel tempo, appropriati strumenti diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, e/o di osservare, nel breve periodo, l'evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità del ricovero/dimissione, garantendo una maggiore appropriatezza all'accettazione del paziente nella struttura ospedaliera.

Le funzioni, quindi, sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti; la conseguenza attesa è il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

Secondo quanto sopra descritto, l'OBI si configura come un servizio che fornisce un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un'alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali in forma concentrata nel tempo.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 286 di 524**

L'esecuzione delle indagini di base prima del ricovero, inoltre, determina la possibilità di una riduzione del tempo assistenziale in degenza ordinaria, con conseguente incremento dei posti letto disponibili per il paziente appropriato.

**5) Criteri**

I criteri e le motivazioni per cui devono essere definite le modalità di effettuazione dell'appoggio in O.B.I. sono:

- Stimolare la crescita professionale del personale del Pronto Soccorso
- Utilizzo dei percorsi di cura diagnostico terapeutico per patologia nell'ambito del dipartimento di emergenza.
- Ridurre il numero dei ricoveri
- Ridurre i ricoveri impropri
- Offrire qualità e comfort ai pazienti in fase di accertamento, trattamento e dimissione.

**6) Obiettivi dell'O.B.I.**

Si possono individuare due tipologie di obiettivi dell'O.B.I.:

- a. Obiettivi Assistenziali
- b. Obiettivi Organizzativi

**a. Obiettivi Assistenziali**

- Assicurare un'osservazione protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso.
- Valutare l'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in Pronto Soccorso.
- Assicurare l'approfondimento diagnostico-terapeutico erogato in tempi brevi:
  - garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura nelle prime ore dell'arrivo in Pronto Soccorso, se l'osservazione viene gestita in aree attigue al servizio;
  - mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti);
  - con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e con tempi accelerati.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 287 di 524**

- Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e delle cure in Pronto Soccorso.

## b. Obiettivi Organizzativi

- Garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal Pronto Soccorso.
- Garantire l'appropriatezza delle dimissioni dal Pronto Soccorso.

## 7) Compiti

In Osservazione Breve Intensiva (OBI) possono essere trattenuti, per la valutazione e trattamento, dei pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità, che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento al fine di pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette "capacità di filtro ai ricoveri", senza aumentare l'offerta di servizi sanitari e quindi senza posti letto aggiuntivi.

Compito dell'OBI è ridurre i ricoveri <48 ore a seguito di trasferimento di pazienti in altri nosocomi.

Sul punto verranno stilati appositi protocolli per i pazienti cui viene programmata un consulenza, in altro nosocomio o non prontamente eseguibile.

Al contrario, la Medicina d'Urgenza, la cui apertura è prevista dal piano attuativo aziendale, gestisce letti di tipo ordinario per il trattamento della fase acuta, l'inquadramento diagnostico, il superamento delle necessità di ricovero in altre strutture.

Per entrambi i servizi restano in vigore i principi di accuratezza nella prescrizione degli esami/consulenze/terapie/ permanenza in Pronto Soccorso.

## 8) Tipologia di patologie trattabili in O.B.I.

Come indicazioni generali, l'attivazione dell'O.B.I. deve avvenire di norma per i pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostico-terapeutici o di periodo di osservazione che di norma non supera le 12 ore (prolungabili, al massimo, a 24), al fine di un corretto inquadramento diagnostico-terapeutico.

Tale periodo di osservazione prolungato del paziente permette di valutarne le reali necessità di ricovero o di dimissione, superando le difficoltà presenti nella semplice permanenza in Pronto Soccorso.

In particolare, sono ammessi in O.B.I.:

- i pazienti per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili; in caso di attivazione di osservazione nei reparti, è necessario che il Pronto Soccorso valuti attentamente, dopo l'inquadramento diagnostico, la necessità di ulteriori trattamenti / terapie da effettuare in O.B.I.;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 288 di 524**

- i pazienti con patologie acute di rapida stabilizzazione clinica e bassa/moderata complessità terapeutica ed assistenziale.
  - Inizio terapie per stabilizzare, miglioramento le condizioni del paziente tale da poter essere poi proseguite senza problemi a domicilio ;
  - Definizione diagnostica di sintomatologie dubbie;
  - Terapia risolutiva a breve termine per condizioni acute che richiedono un intervento terapeutico concentrato nel tempo, con possibilità di rapida e definitiva risoluzione.
  - Sempre rispettando i principi dell'appropriatezza.

A livello indicativo si elencano i quadri clinici che possono essere trattati in O.B.I.

Si precisa che l'elenco riportato non è esaustivo, possono pertanto essere ammessi in O.B.I. i pazienti che presentano altre condizioni non comprese nella lista, ma che a giudizio del medico di Pronto necessitano di un'osservazione breve.

Cod	PATOLOGIE AMMESSE	Cod	PATOLOGIE AMMESSE
1	Cefalea con obiettività neurologica negativa	14	Sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche
2	Vertigini	15	Dolore al fianco
3	Sincopi (lipotimia,...) con valutazione iniziale negativa	16	Coliche renali (1' episodio, mononefro, febbre, condizioni particolari)
4	TIA	17	Reazioni allergiche
5	Crisi convulsive/ Crisi comiziali	18	Crisi asmatiche
6	Dolore addominale (epigastralgia,...) in cui gli esami hanno evidenziato non evidenza di intervento chirurgico	19	Dispnea
7	Coliche epatiche	20	Traumi minori (cranico, toracico, addominale,..)
8	Disidratazione/diarrea	21	Scompenso iperglicemico/crisi ipoglicemica/Scompenso diabetico
9	Nausea e vomito	22	Turbe metaboliche lievi
10	Gastroenterite acuta	23	Intossicazioni minori (da farmaci, alimentari,...)/ Avvelenamento
11	Dolore toracico (con basso	24	Etilismo acuto

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 289 di 524**

	rischio di infarto miocardio)		
12	Crisi ipertensive (no puntate ipertensive)	25	Overdose da oppiacei o disturbi comportamentali da allucinogeni
13	Aritmie cardiache (fibrillazioni atriali parossistiche, tachicardia parossistica sopraventricolare, cardioversione elettrica in fibrillazione atriale, per eventuale osservazione dopo trattamento ...)	26	Altre condizioni a discrezione del medico di Pronto Soccorso
Patologie non ammesse			
1	Vedi apposito capitolo		

## 9) Personale dedicato in O.B.I.

I posti letto dell'O.B.I. sono posti letto tecnici e il personale non è distinto da quello del Pronto Soccorso, a maggior chiarezza, in un gruppo tutti devono contribuire alla vittoria, alla performance, pertanto tutto il personale, se necessario si dedicherà all'OBI, il personale dell'O.B.I., se necessario, aiuterà in Pronto Soccorso/triage.

A rafforzare quanto sopra, il personale che svolge attività in O.B.I. deve essere in grado di garantire l'assistenza e le cure ai pazienti in urgenza/emergenza, interscambiabile con il Pronto Soccorso, in modo da rafforzare, in base alle necessità cogenti, la guardia ove necessario.

Il personale, inoltre, deve essere in grado di riconoscere le urgenze/emergenze.

Deve inoltre essere disponibile personale ausiliario e oss per garantire la corretta movimentazione dei pazienti ed il loro spostamento verso i servizi diagnostici oltre che risolvere le problematiche fisio-patologiche del paziente..

Come sopra descritto non esiste personale dedicato esclusivamente all'OBI o al Pronto Soccorso in quanto in un servizio di emergenza deve essere garantito il lavoro di squadra, ossia un intervento laddove è maggiore o più urgente la necessità assistenziale.

## 10) Dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche dell'O.B.I.

Deve essere garantita la seguente dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche prevista anche dalle Linee guida della SIMEU.:

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 290 di 524**

Il 50% dei p.l. deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio.

Ogni posto letto deve avere a disposizione ossigeno e vuoto.

All'interno dell'area di O.B.I., o nelle sue immediate vicinanze, devono essere presenti almeno:

- monitor/defibrillatore/stimolatore
- Carrello di emergenza
- elettrocardiografo
- pulsiossimetro
- sfigmomanometri

## 11) Responsabilità

### Medici

Nell'O.B.I. la responsabilità del paziente, per gli atti medici, rimane del medico che lo ha in carico, con corresponsabilità medica degli specialisti a cui viene richiesta un'eventuale consulenza relativamente alle prestazioni effettuate e/o a terapie prescritte.

A maggiore specificità e chiarimento: la responsabilità del paziente resta a carico del medico che lo ha appoggiato in OBI.

Tutti i pazienti posti in OBI, a qualsiasi titolo devono essere posti in osservazione sul gestionale del Pronto Soccorso (first haid della ditta Dedalus).

Al cambio turno:

il medico che da le consegne (smontante) o il medico che riceve in carico il paziente (montante) devono scrivere nella pagina consegne del diario elettronico chi riceve le consegne, in caso di mancata indicazione del medico responsabile, il medico che ha in carico il paziente sarà chi è scritto al 2° posto nel turno di servizio.

Conseguenza di quanto sopra è che il medico scritto al 2° posto nel turno di servizio deve controllare la corretta registrazione delle consegne.

Il medico che ha in cura il paziente deve scrivere tutte le osservazioni o le prescrizioni eseguite nel gestionale del Pronto Soccorso.

In caso di chiamata per urgenza/emergenza, il primo medico che si libera interverrà sul paziente e scriverà nota del proprio intervento nella voce "osservazioni" del diario, ma non prenderà in carico il paziente..

Da notare che la registrazione sul diario, voce "osservazione" non comporta necessariamente la presa in carico del paziente, invece, la registrazione sulla voce "consegne" del diario comporta la presa in carico del paziente.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 291 di 524**

Si ricorda che presa in carico del paziente comporta assunzione di posizione di garanzia nei confronti del paziente che si ha in cura.

**Infermiere**

La responsabilità per gli atti infermieristici, nel paziente in OBI presso il Pronto Soccorso è dell'infermiere dedicato al servizio, come scritto nell'apposito turno pubblicato nella bacheca turni e edito dal Coordinatore Infermieristico.

Tutte le variazioni al servizio devono essere tempestivamente comunicate al Coordinatore Infermieristico che apporrà le opportune modifiche registrando, per futura memoria, le motivazioni del cambio postazione.

In particolare sono compiti dell'infermiere:

controllo e registrazione del posizionamento informatico del paziente in "osservazione",

controllo che il numero dei pazienti posti in O.B.I. sia uguale al numero di pazienti caricati in osservazione sul gestionale del Pronto Soccorso,

che nel diario, consegne, sia scritto il motivo dell'accesso in OBI e i successivi interventi programmati (esami ematochimici, visite, ecc...),

esecuzione e registrazione di terapie, esami, assistenza infermieristica prestata al paziente, consegna al medico referente del paziente degli esiti degli esami e registrazione sul diario nelle consegne del medico (cognome) cui sono stati portati in visione gli esami,

controlla che il medico scriva di aver preso visione di quanto mostrato e che eventuali disposizioni siano trascritte su "consegne".

Osservazione presso altre UU.OO.

Qualora per problemi tecnici, inerenti la patologia o l'età del paziente, questi venisse ossevato in altra U.O., la responsabilità del paziente sarà dell'équipe medico-infermieristica dell'unità operativa in cui il paziente si trova per tutto il periodo di osservazione.

Ulteriori trattamenti e accertamenti ritenuti utili potranno essere disposti dal medico del reparto che deciderà, in seguito, la dimissione o il ricovero del paziente.

L'intero processo e il relativo passaggio di consegne, dovrà essere esplicitamente documentato sia ai fini gestionali che di responsabilità professionale (diario clinico, verbale di Pronto Soccorso).

Si ricorda che le norme vigenti prevedono che i minori non possano essere posti in regime di ricovero/osservazione insieme a adulti, pertanto, non disponendo di spazi di osservazione separati per tali minori gli stessi devono essere posti in osservazione in area pediatrica

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 292 di 524****12) Accesso ai servizi**

L'accesso ai servizi diagnostici e alle consulenze specialistiche, per i pazienti in O.B.I., deve avvenire attraverso gli stessi canali preferenziali individuati per il paziente in Pronto Soccorso ed usando la stessa modulistica.

E' auspicabile che vengano redatti opportuni protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti in modo da assicurare una coerente continuità assistenziale.

Al paziente in O.B.I. deve essere assicurata la somministrazione dei pasti, semplici e che non richiedano particolare attenzione, da parte del personale di PS (preferibilmente panini imbottiti, acqua e succo di frutta), colazione semplice.

Di norma non viene consentita la presenza di accompagnatore salvo il caso di pazienti fragili (sul punto si rimanda all'apposito protocollo)

**13) Divieto**

L'O.B.I. non deve avere la funzione di "appoggio" ai ricoveri programmati o di attività eseguibili in regime ambulatoriale o di DH.

Non deve essere, inoltre, utilizzata nel caso di mancanza di posti letto in altre unità operative, nell'attesa del ricovero del paziente. (vedi accorso Assessorato Sanità-SUES 118 GURS 20/5/10)

**NON devono essere AMMESSI in O.B.I.:**

- i pazienti con destinazione di ricovero già individuata in attesa di posto letto
- i pazienti destinati alla dimissione dopo la valutazione del Pronto Soccorso
- i pazienti gestibili in Pronto Soccorso
- i pazienti con condizioni cliniche gravi (parametri vitali compromessi,...)
- i pazienti che presentano i requisiti per un ricovero urgente
- i pazienti da contenzionare
- i pazienti con volontà autolesive o di suicidio
- i pazienti con sanguinamento in atto
- i pazienti con pluripatologie acute in atto
- i pazienti psichiatrici acuti
- i pazienti per eseguire esami per scavalcare le liste d'attesa
- i pazienti pediatrici (sia chirurgici che medici)
- ricoveri richiesti dalle varie UU.OO. per pazienti non transitati dal P.S.
- pazienti affette da problemi ostetrici – ginecologici
- etilisti cronici
- pazienti cronici per eseguire terapie eseguibili ambulatorialmente (es.: trasfusioni in pazienti con anemia cronica)



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 293 di 524**14) **Calcolo tempo di permanenza in OBI**

Il tempo di permanenza in osservazione breve intensiva deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in Pronto Soccorso fino alla dimissione del paziente.

L'O.B.I. può terminare con la dimissione del paziente, con il ricovero in un reparto ospedaliero o con il trasferimento in un altro istituto.

Poiché i posti letto dell'OBI sono posti letto tecnici, dall'O.B.I. non devono essere effettuati trasferimenti ad unità operative.

In tale caso verrà redatto apposito ricovero (e non trasferimento).

15) **La documentazione clinica**

L'attività di O.B.I. deve essere rilevata con una documentazione clinica che contenga, in maniera fisica (cartacea) o elettronica il diario clinico del paziente, tutte le prestazioni di specialistica, le indagini di laboratorio, di diagnostica strumentale e per immagini effettuate, le terapie somministrate, la diagnosi e l'esito dell'osservazione esattamente come fatto con i pazienti del Pronto Soccorso.

Tale documentazione va ad integrare la scheda di Pronto Soccorso, aperta al momento dell'accesso del paziente, e, nel caso di ricovero del paziente, diventa parte integrante della sua cartella clinica.

La scheda di Pronto Soccorso rimarrà aperta durante tutto il periodo di osservazione breve e dovrà essere chiusa dal medico di Pronto Soccorso alla dimissione del paziente da O.B.I.

Nei Pronto Soccorso che attiveranno, in via temporanea, l'osservazione breve in reparto, sarà il medico dell'unità operativa a registrare tutte le informazioni specifiche per l'OBI e a inviare il paziente, con la documentazione prodotta, in Pronto Soccorso per chiudere la scheda.

16) **Protocollo Operativo Assistenziale**

L'OBI, si ricorda posti letto tecnici affidati al Pronto Soccorso, rappresenta una U.O. in cui non è presente il medico di guardia, pertanto, in caso di urgenza/emergenza, l'infermiere si rivolgerà a qualsiasi medico di guardia.

Per la routine (esami eseguiti, richieste, terapie, ecc.) l'infermiere si rivolgerà al medico responsabile del paziente.

il medico che invia un paziente in OBI avrà cura di schiacciare sul pulsante osservazione, inserirà il motivo del passaggio assistenziale del paziente all'OBI e invierà tutta la documentazione clinica all'infermiere



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 294 di 524**

dell'OBI, scrivendo, nelle consegne quanto prescritto, trattenendo una copia del foglio di triage come memoria.

Scriverà nella cartella consegne del diario il motivo dell'osservazione.

Al cambio turno, consegnerà il paziente ad uno dei medici che lo sostituisce, consegnandogli la copia della scheda di triage in suo possesso, scrivendo nelle consegne quanto di rilevante deve comunicare.

Il medico che riceve le consegne o chi le da scriverà nelle consegne la presa in carico chi ha in cura il paziente.

L'infermiere dell'OBI, che riceve il paziente, controllerà che il paziente sia stato posto, elettronicamente, in osservazione e scriverà le consegne ricevute nell'apposito spazio "consegne infermieristiche", nel caso di monitoraggio dell'ECG controllerà che tale prestazione sia segnata fra quelle eseguite/richieste dal medico che ha disposto l'osservazione.

L'infermiere dell'OBI terrà aggiornata la cartella cartacea e il diario del paziente (condizioni del paziente, terapie ed esami eseguiti o programmati, parametri vitali rilevati, ecc.), allegando le copie degli esami ritirati e scrivendo, nelle consegne, il medico cui li ha portati (insieme a tutto il fascicolo paziente cartaceo).

Al cambio turno l'infermiere sopraggiunto, osservando le consegne e il diario clinico informatico del paziente, oltre al cartaceo, sarà pienamente informato di quanto fatto e da fare e si comporterà secondo le disposizioni ricevute.

L'infermiere sopraggiunto controllerà che sia aggiornato il medico responsabile del caso.

Aperto il riquadro consegne, dal diario, dovrà essere possibile osservare ciò che il paziente deve fare.

Per maggior chiarezza: Il medico responsabile del paziente è quello che lo ha appoggiato in OBI o, al cambio turno, quello che ha ricevuto le consegne, come risulta dalla voce "consegne" del diario clinico.

In assenza di registrazione delle consegne è il medico al 2° posto nel turno di servizio che prenderà in carico il paziente.

Nel caso in cui siano presenti 3 medici di guardia, il medico inserito al primo posto si occuperà, prevalentemente, della sala A, quello scritto al 2° posto, prevalentemente della sala B, il terzo medico (colonna C) eseguirà il lavoro in terza sala e, se necessario per impegno degli altri medici, sarà punto di riferimento per eventuali urgenze/emergenze in O.B.I., tale ruolo, in caso di 2 medici, è svolto dal medico scritto nella seconda colonna che si occuperà, inoltre, della sala B.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 295 di 524**

Come scritto precedentemente, si tratta di lavoro di squadra per cui, in caso di necessità, qualsiasi medico e/o infermiere, aiuterà i colleghi nei momenti di difficoltà o superamento delle capacità di risposta in uno dei due servizi (Pronto Soccorso/OBI).

## 17) Monitoraggio dell'appropriatezza dell'o.b.i

L'attivazione del flusso informativo del Pronto Soccorso viene integrato con le informazioni dell'attività di O.B.I..

Lo strumento dell'O.B.I. deve essere oggetto di un'attenta e continua verifica che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo dei seguenti indicatori di appropriatezza.

## 18) Superamento delle criticità

È opportuno che il Direttore dell'U.O. sia informato di problemi/criticità che si verificano.

Per la risoluzione di quanto segnalato saranno tenuti degli incontri, di norma a cadenza mensile, la cui periodicità è modificabile in caso di problemi segnalati/riscontrati urgenti e che coinvolgono tutti.

Solo la tempestiva segnalazione permette di risolvere le criticità suggerendo dei comportamenti univoci volti a rafforzare risposte univoche e aumentare il senso di appartenenza ad un gruppo.

Cod.	INDICATORI
1	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
2	Numero Ricoveri OBI
3	% di trattamento in OBI vs accessi P.S.
4	% di ricoveri in altre UU.OO. dopo OBI
5	trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
6	rientri in O.B.I. entro 48 ore

## 3) Bibliografia

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 296 di 524**

linee guida generali sulla gestione dell'O.B.I. (2004) realizzate da SIMEU  
(Società Italiana per la Medicina di Emergenza e Urgenza)  
documento della Commissione di Urgenza-Emergenza del Ministero della  
Salute (2005).

Accordo Regione – SUES 118 GURS 20/5/2010

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 297 di 524**

Tipo di Documento	Prima stesura	Revisione	Preparato	Approvato
Linea Guida	08.02.2006	08.02.2012 2°	Direttore Medico di Presidio P.O. Trapani (Dott. Francesco Giurlanda)	Direttore Sanitario A.S.P. ( Dott. ssa M.C. Martorana)

**Pr.062: [Richieste di Consulenze Interne](#)****Finalità:**

La presente linea guida vuole disciplinare le richieste di consulenza/esami tra le diverse UU.OO. Ospedaliere e nasce dall'esigenza di chiarire i dubbi in merito alle procedure da seguire nelle richieste e nell'esecuzione delle consulenze interne e di uniformare i comportamenti dei vari operatori

**Campo di applicazione:****Dove:** Si applica all'interno delle strutture ospedaliere**Chi è coinvolto:** Tutti i Dirigenti Sanitari/Capo Sala/Capo Tecnici**Quando:** all'atto della richiesta ed esecuzione della consulenza/esami**Disposizioni:**

I Dirigenti Medici in servizio nelle varie UU.OO. possono chiedere la consulenza di Dirigenti Medici di altre UU.OO., i quali sono tenuti a prestarla.

**Modalità di richiesta:**

La consulenza va richiesta per iscritto, in duplice copia, e deve contenere i seguenti elementi minimi ( alcune consulenze specialistiche possono, di caso in caso, essere integrate di altri elementi al fine di permettere al Medico consulente di meglio rispondere alla consulenza richiesta):

1. L'U.O. richiedente;
2. L'U.O. che tenuta a fare la consulenza;
3. Le generalità del paziente;
4. Il motivo della richiesta o il sospetto diagnostico, questo deve sempre essere indicato anche nelle richieste di esami di laboratorio o di diagnostica per immagine;
5. L'indicazione se la richiesta è urgente o meno;
6. L'indicazione se la consulenza deve essere fatta a letto dell'ammalato o questo può essere accompagnato nell'ambulatorio dell'U.O. che deve effettuare la consulenza
7. Data e ora della richiesta;
8. La firma leggibile del Medico e il suo timbro;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 298 di 524**

- La richiesta di consulenza va annotata nella cartella clinica del paziente;
- Le richieste di consulenze vanno recapitate ad un dirigente sanitario il quale deve apporre: la firma, la data e l'ora sulla copia che va restituita all'U.O. richiedente; Le UU.OO. possono delegare anche il Capo Sala o il Capo Tecnico a ricevere le consulenze, anche in questo caso deve essere apposta la firma di chi li riceve e la data e l'ora di ricezione.
- In caso di urgenza immediata la richiesta di consulenza può essere effettuata telefonicamente e consegnare, successivamente, la richiesta scritta.

**Tempi di effettuazione della consulenza:**

- Emergenza non differibile: richiesta telefonica seguita da quella scritta, deve essere effettuata nel più breve tempo possibile;
- Urgenza differibile: richiesta con la scritta urgente va effettuata entro le 6 ore;
- Non urgente entro le 24 ore;

**Esecuzione consulenza:**

Il consulente dovrà annotare in cartella clinica la consulenza prestata o allegare il referto stilato, non dimenticando di indicare la data e l'ora in cui ha effettuato la prestazione e di firmarla, in calce, in maniera leggibile ed applicando il suo timbro.

**N.B.:**

- Evitare di richiedere, oltre le ore 12, esami di laboratorio di routine comprendenti: lo studio del metabolismo lipidico, del quadro elettroforetico e ormonale, markers tumorali, esame delle urine, esami non urgenti che sono programmati per le ore antimeridiane.
- Limitare, ove possibile il numero di richieste urgenti, a favore delle vere urgenze in quanto ogni esame urgente comporta un maggior costo per l'amministrazione e una modifica dell'attività di routine.
- Utilizzare quanto più possibile le etichette con il codice a barre per la richiesta di esami e/o consulenze o di scrivere in stampatello, al fine di evitare errori di identificazione

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 299 di 524**

Tipo di Documento	Prima stesura	Revisione	Preparato	Approvato
Linea Guida	08.02.2006	0	Direttore Medico di Presidio P.O. Trapani (Dott. Francesco Giurlanda)	Direttore Sanitario A.S.P. ( Dott. ssa M.C. Martorana)

## **Pr.063: Consulenze richieste dal Pronto Soccorso ad altra U.O.**

**Finalità:**

La presente linea guida vuole disciplinare l'invio in consulenza dei pazienti dal Pronto Soccorso, alle varie U.U.O.O. e regolamentare, soprattutto, il transito dei pazienti che restano in consulenza "lunga", al di fuori del Pronto Soccorso.

**Motivazioni:**

Il presente regolamento nasce dall'esigenza di migliorare l'assistenza al paziente e razionalizzare tempi e risorse, ridurre i tempi morti e considerare il paziente a proprio carico fino a quando non si trasferisce all'anello assistenziale successivo.

**Campo di applicazione:**

Il presente protocollo riguarda tutte le consulenze e gli esami richiesti dal Pronto Soccorso alle altre UU.O.O e le consulenze ed esami conseguenti a tale richiesta.

**Dove:** Si applica all'interno delle strutture ospedaliere

**Chi è coinvolto:** Tutti i Dirigenti Sanitari/Capo Sala/Capo Tecnici/personale di supporto

**Quando:** all'atto della richiesta ed esecuzione della consulenza/esami

**Responsabilità:**

Il trasferimento di un paziente, da un'unità operativa a un'altra, rappresenta un momento, spesso critico, dell'assistenza, uno dei momenti in cui è necessario passare delle consegne fra reparti diversi, cosa che può determinare rischi, soprattutto se non esiste contatto fisico fra medico consulente e richiedente, pertanto le consegne dovranno essere passate, sempre in forma scritta.

Nel caso di allertamento o di comunicazione verbale, il richiedente deve farsi ripetere quanto comunicato al fine di rendersi conto che quanto detto sia stato realmente compreso. Tracce della comunicazione verbale dovranno essere lasciate, anche, sulla documentazione cartacea.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 300 di 524**

L'affidamento di un paziente ad altra U.O., per eseguire consulenza, comporta, in parte, il trasferimento della responsabilità del paziente al consulente.

Questo trasferimento di responsabilità è legato, in modo direttamente proporzionale, al tempo di permanenza del paziente nell'U.O., dove esegue la consulenza. Ne consegue, quindi, la necessità di eseguire le consulenze, specie di Pronto Soccorso, nel più breve tempo possibile;

Appare inopportuno, infine, che il paziente sia trasferito da un'U.O. a un'altra, solo, per eseguire un prelievo/riciesta/altro, eseguibile sul luogo in cui si trova il paziente.

**Modalità di richiesta:**

Una consulenza, soprattutto se richiesta dal medico di Pronto Soccorso, determina un'interruzione dell'attività assistenziale del consulente, nei confronti dei pazienti affidatigli, ne consegue che la consulenza di Pronto Soccorso deve essere richiesta **esclusivamente** per risolvere **dubbi diagnostici con carattere d'urgenza** del medico di Pronto Soccorso.

Le consulenze di Pronto Soccorso, prive delle caratteristiche appena descritte, devono essere eseguite in regime ambulatoriale, poiché il medico di P.S., come tutti i sanitari dell'ospedale, ha potestà di suggerire eventuali esami/consulenze, prive di carattere di urgenza, al Medico di Medicina Generale del paziente, che diviene responsabile delle conseguenze, medici legali se tali atti non sono eseguiti.

A tal fine è **obbligatorio** che tutte le richieste di consulenza siano compilate in modo leggibile, sottoscritte con firma identificabile e timbrate, dal medico richiedente, e che riportino motivazione della consulenza, terapie praticate, eventuali esami richiesti o eseguiti.

Coerentemente con quanto scritto prima, il consulente dovrà seguire le stesse indicazioni nel redigere le consulenze.

Sulle richieste di consulenze, è opportuno scrivere il grado di urgenza (Urgentissima o Urgente).

L'assenza dell'indicazione, con assunzione di responsabilità ad opera del medico richiedente, comporta la possibilità, per il consulente, di terminare quanto sta eseguendo e, quindi, il paziente attenderà che il consulente si liberi per eseguire la visita/esame. Se la consulenza non è urgente, resta a carico del medico richiedente fino all'atto della visita, momento in cui il paziente è preso in carico dal consulente.

Nel caso di consulenza urgente, specie se annunciata, il paziente è a carico del consulente dal momento di arrivo nel proprio reparto.

Nel caso di consulenza per pazienti particolarmente gravi è opportuna una telefonata per avvertire della gravità del caso e sulla richiesta di consulenza dovrà essere scritto "urgentissimo" ed è opportuno, se possibile, di non trasferire il paziente senza assistenza medica.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 301 di 524**

Se la richiesta non ha carattere d'urgenza, il consulente può rifiutarla (assumendosi piena responsabilità circa le conseguenze) o segnalarla alla Direzione Sanitaria per gli opportuni provvedimenti.

**Richiesta consulenza:**

La

consulenza/esame, al paziente del Pronto Soccorso, può essere richiesta:

- a. Dal medico di Pronto Soccorso
- b. Essere frutto di una consulenza e quindi richiesta dal medico consulente cui il paziente è stato inviato.

**Esecuzione consulenza:****1) Consulenza in Pronto Soccorso:**

**In caso di paziente instabile** è opportuno che la consulenza sia eseguita in Pronto Soccorso e nel più breve tempo possibile.

L'unica eccezione accettabile, a questa regola, è la non trasportabilità di attrezzature, dal loro luogo di posizionamento. Se accade questa necessità, il paziente dovrà essere comunque accompagnato da personale medico, possibilmente del Pronto Soccorso o Rianimatori.

Nel caso di richiesta di consulenza in Pronto Soccorso, il medico di guardia (se presente), compatibilmente con altre urgenze presenti nella propria U.O., si recherà in P.S. nel più breve tempo possibile. Nel caso di assenza di medico, nell'U.O. cui si chiede la consulenza, sarà attivato, se possibile, l'istituto della Pronta Disponibilità.

Il rifiuto, non motivato a recarsi in Pronto Soccorso, deve essere segnalato alla Direzione Sanitaria, per conoscenza e i provvedimenti conseguenti.

Il consulente, se necessario, potrà chiedere lo spostamento di attrezzature o personale, della propria U.O., per eseguire la consulenza

**2) Consulenza nel reparto del consulente**

L'esecuzione di una consulenza in reparto comporta l'assunzione di responsabilità del medico di Pronto Soccorso che, con la richiesta, attesta che il paziente è stabile.

Il personale ausiliario del Pronto Soccorso accompagnerà il paziente presso l'U.O. cui è richiesta la consulenza.

Se la consulenza è eseguita in tempi brevi ( max 10'), l'ausiliario, attenderà l'esecuzione della consulenza accompagnando il paziente a eseguire altri esami/consulenze. Se, invece, il tempo

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 302 di 524**

di esecuzione della consulenza sarà più lungo (impegni del consulente, esecuzione di manovre che richiedono tempo) l'ausiliario ritornerà al Pronto Soccorso, e, in quest'ultimo caso, l'accompagnamento del paziente in Pronto Soccorso, o a eseguire altri esami/consulenze, sarà a carico dell'U.O. che ha eseguito l'ultima consulenza, compatibilmente con la presenza di personale ausiliario o con gli impegni istituzionali e dimostrabili di tale personale.

Eventuali nuove consulenze o esami, richiesti dal consulente, saranno eseguite con proprio modulo, a firma del richiedente, e verrà apposta la dicitura “richiesta eseguita su paziente in consulenza dal Pronto Soccorso”.

**Documentazione sanitaria:**

Eventuali prelievi, terapie, consulenze, esami, radiografie, ecc... dovranno essere documentate e consegnate al Pronto Soccorso.

Tutti gli esami, i fogli di terapia, ecc..., sottoscritti dal medico esecutore/prescrittore, redatti in modo leggibile, con firma che identifichi facilmente l'esecutore e con timbro personale dello stesso, dovranno essere conservate, insieme alla documentazione compilata in Pronto Soccorso, nel fascicolo inerente all'accesso del paziente, secondo le norme vigenti.

In particolare, se il paziente non è ricoverato, tutta la documentazione sarà inserita nel fascicolo inerente all'accesso del paziente;

In caso di ricovero, tutta la documentazione prodotta sarà inserita nella cartella clinica del paziente

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 303 di 524**

## Pr 067: Ricovero pazienti senza indicazione all'intervento chirurgico urgente

**Motivazione**

Nota del Direttore Sanitario di P.O., prot. DP1249 del 27/9/13, che prevede "di impartire puntuali direttive in merito al ricovero nelle UU.OO. chirurgiche"

**Scopo**

Miglioramento dell'appropriatezza del ricovero nei reparti chirurgici

**Destinatari**

Medici dell'U.O.C. di MCAU

**Normativa**

- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 29 novembre 2001 che a pg.53 GU n.33/2002 prevede:

Indicatori di appropriatezza organizzativa:

indicatore

% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

Significato e utilità

Favorire il miglior uso dei reparti chirurgici

fattibilità

Immediata

- Decreto Assessorato Salute 30/4/10 (GURS 24/2010)

Che a pag.11 prevede:

i posti letto in caso di condizioni particolari di urgenza e di necessità "possono essere aumentati al bisogno, sulla base di disposizioni dell'accettante o della Direzione Sanitaria". Inoltre, il rifiuto di ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di ...

- Il ricovero in OBI non può superare le 12 ore e solo eccezionalmente può arrivare a 24, termine invalicabile poiché il trattamento in OBI diverrebbe inappropriato.

**Indicazioni applicative**

Tutti i ricoveri che vengono eseguiti in chirurgia dovrebbero prevedere intervento o procedura chirurgica.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 304 di 524**

- a) Nel caso di paziente con certezza di intervento a breve (ernia strozzata, addome acuto, trauma addominale con rottura/lesione di organo, frattura, ecc.) il ricovero sarà eseguito direttamente dal medico di P.S. in reparto chirurgico, secondo protocolli vigenti.
- b) Nel caso di dubbio circa l'operabilità del paziente, il medico di P.S. eseguirà il ricovero nel reparto (medico o chirurgico) che riterrà più opportuno.
- c) Nel caso di paziente che difficilmente ha indicazione chirurgica il medico di PS ricovererà il paziente in ambiente medico.
- d) Naturalmente, il medico di P.S. potrà avvalersi di tutte le consulenze che riterrà opportune. Per meglio definire il punto, sarebbe indicata l'esecuzione di consulenza chirurgica ogni qualvolta esistesse un dubbio circa l'indicazione chirurgica, anche, per sgravare il reparto medico di destinazione dall'esigenza di eseguire la consulenza chirurgica.
- e) Si ribadisce il divieto di ricoverare pazienti, di qualsiasi età solo per esecuzione di clistere evacuativo o manovre eseguibili sul territorio e/o a domicilio che rappresenterebbero un ricovero ad elevato rischio di inappropriatazza.
- f) Nel caso di paziente con trauma cranico, senza indicazione neurochirurgica, alla consulenza "teletac", se il tempo previsto di osservazione/ricovero, supera le 12 ore, si applicano le norme di cui sopra con ricovero in neurologia o medicina a seconda delle condizioni cliniche del paziente.
- g) Lo scrivente chiede di essere informato da tutti i colleghi, sia dell'U.O.C. sia di altre UU.OO. per eventuali problemi sul presente protocollo o per eventuali modifiche o aggiornamenti.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 305 di 524**

## Pr068: Protocollo Ebola (Trapani)

### **Premessa**

Il piano per la risposta e l'accoglienza di un pz. con sospetta ebola o per le malattie infettive, necessiterebbe di un'area di isolamento, fornita di servizi e antibagno, con accessi separati per sporco e pulito, che non si ha a disposizione.

Il piano proposto è stato redatto utilizzando le risorse disponibili, evitando di trasportare il pz in aree fuori dal PS (es.: tenda o altra struttura nell'area adibita a parcheggio antistante il PS), cercando di ridurre al minimo le possibilità di contatto con altre persone che fruiscono del MCAU e riducendo al minimo il personale esposto a possibile contatto con il paziente o possibile portatore.

### **Destinatari**

Medici ed infermieri dell'U.O.C. di MCAU Trapani

### **Generalità**

Circa le caratteristiche del virus, storia, diffusione ecc. si rimanda all'apposito documento redatto dall'Assessorato alla Salute, consegnato insieme al presente protocollo e di cui fa parte integrante.

Per eventuali aggiornamenti, approfondimenti o altro si può consultare il sito del Ministero della Salute e cercare Ebola all'interno del sito.

**La prima operazione da pensare e attuare è quella di proteggersi con il lavaggio continuo (obbligatorio dopo contatto con ogni paziente) ed accurato delle mani, con l'uso dei D.P.I. (maschera, occhiali e cappellino, per esempio, per ogni operazione a rischio (es.: sutura)!**

### **Stratificazione del Rischio**

I pazienti vengono classificati, dal piano nazionale, in 6 classi di rischio.

Il paziente in 6' classe, ossia paziente affetto dall'ebola, non è osservabile nella nostra U.O. in quanto, nella nostra provincia, oggi, non è possibile eseguire i test per la determinazione della presenza del virus.

### **Classe 1**

**Caratteristiche:** Soggetti che giungono al triage asintomatici, motivo della presentazione: essere stati in Congo, Liberia, Sierra Leone o Guinea (paesi a rischio) nei 21 gg precedenti alla presentazione e che non hanno avuto contatti con casi di sospetti o malati

**Risposta:** invio a casa con consigli,

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione A

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 306 di 524</b></p>
---	---	--

- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O. (consegna copia scheda triage)

## Classe 2

**Caratteristiche:** Soggetto asintomatico che ha viaggiato o soggiornato nello stesso albergo di paziente con sospetta ebola o malato (contatto sospetto)

**Risposta:** se necessita di visita, indossare i D.P.I.,

- ✓ invio a domicilio con consigli,
- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione B1
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O. (consegna copia scheda triage)

## Classe 3

**Caratteristiche:** Soggetto asintomatico che negli ultimi 21 giorni ha avuto:

- Contatto diretto con materiale infetto
- Contatto con animale malato o carcassa

Contatto con un paziente malato come:

- Convivenza
- Assistenza a malato
- Abbraccio (no stretta di mano)
- Maneggiato salma di malato
- Bacio o rapporto sessuale
- Contatto congiuntivale
- Puntura con materiale infetto o contatto con ferita/sangue

**Risposta:**

- ✓ i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,
- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione B3 (alto rischio) o B2 (contatti stretti)
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 segnalando paziente ad alto rischio (B3) o che ha avuto contatti stretti (B2),

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 307 di 524**

- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O (consegna copia scheda triage)

**Classe 4**

**Caratteristiche:** Paziente con febbre  $>38^{\circ}\text{C}$  o con storia di febbre  $>38^{\circ}\text{C}$ , che ha soggiornato nei paesi a rischio senza contatti con pazienti noti o sospetti

**Risposta:** i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione C1
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 **segnalando** paziente sospetto (C1),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O (consegna copia scheda triage)

**Classe 5**

**Caratteristiche:** Paziente con febbre  $>38^{\circ}\text{C}$  o con storia di febbre  $>38^{\circ}\text{C}$ , che ha soggiornato negli ultimi 21 gg nei paesi a rischio **con** contatti con pazienti noti o sospetti

**Risposta:** i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione C2
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 **segnalando** paziente sospetto a rischio elevato (C2),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 308 di 524**

## Percorso all'interno del PS

### Triage

**Il paziente deve essere, sempre e comunque, informato di quello che si sta facendo.**

**Se lo si sta ponendo in isolamento avvertirlo!**

- a) **Prima di far entrare i pazienti nel gabbiotto triage**, chiedere se ha febbre e se ha soggiornato nei paesi a rischio negli ultimi 21 giorni (vedi domande) e se ha avuto contatti con pazienti o sospetti pazienti

Nel caso di paziente di gruppo 2 (classe B1) o maggiore

- a) Uscire dal gabbiotto triage, **senza avere contatti** col paziente, naturalmente spiegando cosa si sta facendo ed invitandolo ad aspettare, facendolo entrare nella saletta triage, chiudere la porta e invitarlo a non uscire, per limitare i contatti con terze persone al minimo,
- b) recarsi all'interno del PS, avvertire il medico scritto al 1° posto nel turno di servizio,
- c) entrambi indosseranno i dispositivi di protezione individuali (vedi vestizione),
- d) chiuderanno le porte dell'OBI,
- e) tutto il personale, **interrompendo la normale attività**, impedirà l'apertura accidentale delle porte poste lungo il percorso, ascensori compresi (chiamarli a 1° piano e bloccarli), terranno le porte chiuse, evitando di curiosare,
- f) libereranno il percorso che il pz. seguirà per recarsi in 3° sala, da eventuali pz o accompagnatori,
- g) Il percorso sarà pulito, dopo 5', durante i quali nessuno deve attraversare tali locali se non per urgenze indifferibili, con acqua e ipoclorito di sodio (diluito 1:10) e **per i 15' successivi il PS sarà bloccato per l'attività ordinaria**. (evitate di fare gli eroi). Il percorso deve essere sanificato al più presto, per cui l'operazione sarà eseguito da chiunque (anche medico) è libero utilizzando l'apposito vaporizzatore (di imminente fornitura)
- h) Spiegare alle persone in attesa che è necessario far asciugare e aerare l'ambiente! Evitare di parlare di ebola, se qualcuno chiede non dare né rassicurazioni né conferme.

Si vuol far notare che la responsabilità di liberare il percorso è del medico e infermiere che dovranno assistere il paziente, tutto il personale non impegnato in operazioni di emergenza dovrà collaborare.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 309 di 524**

Per la pulizia (punto g) verranno forniti n.2 apparecchi per spruzzare la soluzione di ipoclorito. Una resterà in sala C, una nella sala D.

Si utilizzerà quella della sala D per questa operazione.

**Sala C o 3' sala****Giunti all'interno della sala C**

- a) Chiudere a chiave l'accesso verso il corridoio condiviso con le altre sale visita.
- b) La porta a vetri verso l'antisala e la porta antisala/corridoio saranno tenute chiuse.
- c) I collegamenti saranno tenuti attraverso le ricetrasmittenti dell'emergenza.

Chiudere a chiave la sala C è indispensabile per evitare che qualcuno accidentalmente entri. Tale porta sarà aperta solo per far entrare barella e personale del 118.

**Arrivo del 118**

- a) Il personale del 118 dovrebbe giungere con i dispositivi di sicurezza già indossati, eventualmente fornirli e farli indossare nella sala infermieri.
- b) Si libererà il percorso da pazienti e accompagnatori come da punti e ed f precedenti
- c) Accederà attraverso la porta corridoio/sale visita
- d) Appena il paziente è fuori dal PS, eseguire la sanificazione del corridoio e dei luoghi di passaggio secondo il punto g precedente
- e) Uscito il pz dalla sala C, sarà eseguita sanificazione del pavimento e delle superfici toccate dal pz., con ipoclorito di sodio al 0,5% (candeggina diluita 1:10) dal personale infermieristico che ha assistito il paziente, utilizzando l'apposita pompa sita nella salaC (in fase di acquisto)
- f) Si toglierà uno dei 3 sacchetti trasparenti posti a protezione dell'attrezzo,dopo la sanificazione e lo si getterà nell'apposito contenitore rifiuti che sarà chiuso al termine dell'operazione
- g) Il medico controllerà l'esecuzione corretta del lavoro leggendo e controllando tutti i punti nella sequenza in cui sono scritti
- h) Quindi, nell'antisalaC l'infermiere spruzzerà la divisa del medico e il medico quella dell'infermiere, entrambi con particolare attenzione che vengano raggiunti tutti i punti della tuta

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 310 di 524**

- i) Eseguire la sanificazione dell'antisalaC con l'apposita pompa
- j) Eseguire le operazioni di svestizione
- k) Dopo 15' dall'uscita sanificare l'antisala C
- l) Chiudere la sala per 30'
- m) Aerare l'ambiente
- n) Attenzione le operazioni devono essere eseguite secondo l'ordine sopra descritto. Svestirsi senza prima aver sanificato comporta rischi per chi dovrà intervenire successivamente e per chi si spoglia!

**N.B.:** eseguire terapia strettamente necessaria, qualora fossero necessari farmaci non presenti nella sala C chiedere attraverso la ricetrasmittente. Il personale poggerà quanto richiesto dietro la porta dell'antisala, si allontanerà e avvertirà di aver portato i farmaci. Solo a questo punto il personale all'interno della stanza aprirà la porta e prenderà quanto richiesto.

La procedura deve impedire contatti accidentali fra operatori dentro la stanza e fuori.

## **Istruzioni Invio Mail**

Aprire internet explorer

Scrivere nella barra degli indirizzi di Internet Explorer o altro Browser

Mail.asptrapani.it

Schiacciare invio

Si aprirà una pagina per inserimento del nome utente e password

Nome utente: prontosoccorso.trapani

Password: Pronto1.

Attenzione al . (punto) dopo Pronto1

Attenzione a digitare correttamente la password rispettando maiuscole e minuscole

Schiacciare entra

Schiacciare su nuovo messaggio

Nella barra destinatario, descritta come A: scrivere ebola

Schiacciare invio

Verranno scritti i 3 indirizzi di posta elettronica riportati nel testo precedente

Scrivere il testo nell'apposito spazio (pagina bianca):

- 1) cognome e nome del paziente
- 2) telefono e luogo di residenza del paziente, ove sia rintracciabile
- 3) eventuale nome di accompagnatore e

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 311 di 524**

- 4) suo telefono
- 5) matricola di chi invia il messaggio
- 6) classificazione del paziente

schiacciare invio

**N.B. potete provare senza inviare!!!!**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI

Direttore: dott. M.G. Di Martino

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016**

Pagina 312 di 524

## Domande da eseguire al triage e percorso mentale

Viene descritto il percorso mentale che deve essere seguito dall'infermiere addetto al triage.

**Si prega voler provare, su tutte le persone che giungono al triage, il percorso mentale da seguire.**

- 1) Ha febbre?
- 2) È stato in Congo, Sierra Leone, Guinea, Liberia negli ultimi 21 giorni?

Se le risposte sono no continuare con la normale accoglienza

Se la domanda 1 è no e la 2 sì:

- 1) ha avuto contatto noto o probabile con paziente affetto da ebola negli ultimi 21 gg?
- 2) Che tipo di contatto?

Se le risposte sono no: invio a domicilio con consigli e segnalazione classificazione A

Contatto casuale: invio a domicilio e segnalazione classificazione B1 **(da questo momento è obbligatorio indossare i D.P.I. se si hanno o sono previsti contatti col paziente)**

Contatto stretto: segnalazione e osservazione in malattie infettive (tramite 118) codice B2

Se il pz ha febbre >38 o storia di febbre >38 chiedere se ha avuto contatto con malati o probabili malati

Se risposta no: ricovero in Malattie Infettive, **tramite 118** e segnalazione, codice C1

Se risposta sì: ricovero in isolamento e segnalazione codice C2, sempre attraverso il 118.

**ATTENZIONE: la nostra U.O.C. di malattie infettive non deve essere coinvolta!**

**Nota bene**

**Al fine di ridurre i rischi è opportuno che la Direzione Sanitaria intervenga sull'U.O.C. di Rianimazione invitando gli operatori a non far transitare pazienti o parenti di pazienti dal PS per accedere a tale UOC o alla camera iperbarica.**

**Esami e consulenze**

Si fa divieto di chiedere esami per queste persone in quanto l'ospedale non è attrezzato con laboratori protetti.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 313 di 524**

Il Laboratorio di Patologia Clinica rimanderà indietro i campioni ematici.

Tali esami devono essere eseguiti presso strutture attrezzate.

Se lo fate avete messo a rischio il personale che trasporti i campioni. Tutte le persone incontrate durante il tragitto, anche casualmente, il tecnico del laboratorio, è reato penale!

Nel caso di esami radiografici saranno eseguiti in 3' sala con apparecchi portatili secondo i protocolli stabiliti dal Responsabile UOC Radiologia.

L'unica consulenza accettabile è quella rianimatoria e solo se le condizioni del paziente sono tali da non essere stabilizzabili dal medico di guardia coinvolto.

Il medico che dovesse inviare campioni ematici o chiedere consulenze inappropriate fa correre rischi inaccettabili ad altro personale ospedaliero.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 314 di 524**

## **Vestizione**

Nell'antisala stanza 3 indossare, al di sopra della normale divisa, **nell'ordine**:

- a) Tuta completa
- b) Soprascarpe
- c) Doppio paio di guanti impermeabili
- d) Schermo protettivo che copre tutto il volto o apposita maschera
- e) Maschera filtrante ffp2

Una seconda persona dovrà leggere e controllare che tutto sia fatto secondo quanto sopra scritto (il medico controlla l'infermiere, l'infermiere il medico)



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 315 di 524**

## Svestizione

Rappresenta il momento più a rischio poiché tutta la superficie esterna dei D.P.I. è da considerarsi infetta e possibile causa di contagio.

Pertanto bisognerà accuratamente evitare il contatto del corpo con le facce esterne di tali dispositivi.

Anche in questo caso l'operazione sarà seguita da un testimone che leggerà le cose da fare controllando che vengano ben eseguite.

### **Nella stanza paziente:**

- Dopo aver spruzzato con l'apposita pompa l'ipoclorito di sodio su tutte le superfici su cui ha stazionato il pz o che sono state da lui toccate
- Rimosso uno dei tre sacchi trasparenti da: PC, tastiera, stampante, monitor multiparametrico, elettrocardiografo, sarà gettato nell'apposito contenitore rifiuti
- Dopo essersi fatto spruzzare addosso l'ipoclorito dall'altra persona presente nella stanza
- Con i guanti bagnati abbondantemente di ipoclorito si sanificano le parti della pompa non raggiungibili dal getto
- Spruzzare il 2° operatore
- Rimuovere il 1° paio di guanti ponendoli nell'apposito contenitore rifiuti
- Andare nell'antisala

### **Nell'antisala:**

- Indossare un nuovo paio di guanti e ripetere l'operazione di sanificazione ambientale nell'antisala
- Togliere il cappuccio
- Togliere visiera e posizionarla nel liquido disinfettante (se non è monouso)
- Togliere la maschera
- Sfilare la tuta evitando di toccare le parti interne
- Togliere soprascarpe
- Togliere mascherina filtrante

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 316 di 524**

- Togliere i guanti monouso
- Lavarsi le mani con soluzione alcolica prima e acqua e sapone dopo secondo le regole ben note e presenti sul lavandino, facendo particolare attenzione agli spazi interdigitali, all'orologio (che sarebbe opportuno lasciare al di fuori della stanza C), ai polsi
- Tutto il materiale deve essere gettato negli appositi contenitori

**Note:** Il personale che assiste il pz **sarà lo stesso** dal momento della 1' assistenza all'affidamento al 118.

**Attenzione: vestizione e vestizione saranno meglio definite con l'arrivo degli opportuni indumenti**

## **Prelievo ematico e trattamento delle provette**

Incannulazione di vena

- Massima attenzione
- Non distrarsi, non distrarre
- Il materiale utilizzato deve garantire protezione (aghi con protezione)
- Il materiale utilizzato deve essere gettato negli appositi contenitori

Il sangue deve essere prelevato utilizzando, **esclusivamente**, dispositivi vacutainer

- Recipiente primario (provette)
- Etichettare prima dell'uso
- Avvolgere in cotone idrofilo o carta assorbente in quantità sufficiente a proteggere la fiala e assorbire eventuale materiale fuoriuscito
- Sistemare tutte le fiale in apposito recipiente secondario
- Schedare questo secondo recipiente (meglio insieme alle provette)
- Sistemare in un altro contenitore (cartone, plastica, altro)
- Anche queste manovre devono essere provate

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 317 di 524**

## **Disposizioni per paziente inviato a domicilio proveniente da paese a rischio per Ebola**

Egr. sig. la preghiamo di voler contattare 0923543020, 0923543024 oppure 0923543011 nelle ore d'ufficio oppure contattare 0923809450 che fornirà il reperibile se compaiono i seguenti sintomi nei 21 giorni successivi al Suo allontanamento dal paese a rischio o da stazionamento in ambiente ove era presente un paziente o un sospetto caso di ebola.

I Suoi dati sono stati segnalati agli organi di controllo, che la contatteranno, al fine di valutare eventuali rischi aggiuntivi.

Qualora si presenti uno o più sintomi fra quelli appresso elencati è pregata di darne immediata comunicazione.

- Febbre
- Astenia profonda
- Cefalea
- Artralgie e/o Mialgie
- Iniezione congiuntivale e/o Faringite e/o emorragie congiuntivali, sottocongiuntivali e/o gengivali
- Vomito e diarrea
- Segni di insufficienza renale o epatica
- Rash maculo papuloso
- Ematemesi e/o melena e/o epistassi e/o emottisi e/o emoftoe e/o ematuria e/o metro menorragia

Il Direttore  
U.O.C. MCAU Trapani  
(dott. M.G.Di Martino)

### Bibliografia

1. Malattia da Virus Ebola implementazione di sorveglianza e case management

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 318 di 524**

2. Circolare Ministero Salute 26377 del 01/10/14
3. Circolare Ministero Salute 26377 del 07/10/14

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1*  
*P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 319 di 524**

Egregio signore, appena io esco da questa porta, sei pregato di entrare, chiudere la porta ed attendere il mio ritorno.

Nel frattempo non fare entrare nessuno!

Sarai posto in osservazione, in isolamento, e trasferito, probabilmente, in altro ospedale.

Grazie

Sir, when I will go away and I will close this door, you have to come in, to close the door and to wait I will come back, please.

In the meantime, nobody can enter, please!

You will be placed under observation in isolation, and probably you will be transferred, in another hospital.

Thank you so much!

Señor, tan pronto como salira de esta puerta, por favor teneis que entrar, cerrar la puerta y esperar a mi regreso.

Mientras tanto, no deje que nadie en!

Usted será colocado en observación en el aislamiento, y movido, probablemente en otro hospital.

Muchas Gracias

Monsieur, quand je sortira de cette porte, entrez, fermez la porte et attendez mon retour, se il vous plaît.

En attendant, ne laissez personne en!

Vous serez placés en observation dans l'isolement, et déplacés, probablement dans un autre hôpital.

Merci becaup!

قوي قورلا يذاتسأ  
جرخأ امدن ع بابلا اذه قلغي فوسو, لخدأ, بابلا قلغأ يتدوع رظتن او.  
حتفت ال.  
قبقارملا يف نوكت نأ لكي لع, قلزع يف نوكت فوس امبرو  
رخأ يف شتسم ل اهل قن متي فوس.  
ركش

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 320 di 524**

## Pr068bis: Protocollo Ebola (Alcamo)

### **Premessa**

Il piano per la risposta e l'accoglienza di un pz. con sospetta ebola o per le malattie infettive, necessiterebbe di un'area di isolamento, fornita di servizi e antibagno, con accessi separati per sporco e pulito, che non si ha a disposizione.

Il piano proposto è stato redatto utilizzando le risorse disponibili, evitando di trasportare il pz in aree fuori dal PS (es.: tenda o altra struttura nell'area adibita a parcheggio antistante il PS), cercando di ridurre al minimo le possibilità di contatto con altre persone che fruiscono del MCAU e riducendo al minimo il personale esposto a possibile contatto con il paziente o possibile portatore.

### **Destinatari**

Medici ed infermieri dell'U.O.C. di MCAU Trapani - Alcamo

### **Generalità**

Circa le caratteristiche del virus, storia, diffusione ecc. si rimanda all'apposito documento redatto dall'Assessorato alla Salute, consegnato insieme al presente protocollo e di cui fa parte integrante.

Per eventuali aggiornamenti, approfondimenti o altro si può consultare il sito del Ministero della Salute e cercare Ebola all'interno del sito.

**La prima operazione da pensare e attuare è quella di proteggersi con il lavaggio continuo (obbligatorio dopo contatto con ogni paziente) ed accurato delle mani, con l'uso dei D.P.I. (maschera, occhiali e cappellino, per esempio, per ogni operazione a rischio (es.: sutura)!**

**In caso di sospetto ebola avvisare il Medico responsabile dell'U.O. e il Coordinatore Infermieristico che a loro volta all'erta il Direttore Sanitario di P.O.**

### **Stratificazione del Rischio**

I pazienti vengono classificati, dal piano nazionale, in 6 classi di rischio.

Il paziente in 6° classe, ossia paziente affetto dall'ebola, non è osservabile nella nostra U.O. in quanto, nella nostra provincia, oggi, non è possibile eseguire i test per la determinazione della presenza del virus.

#### **Classe 1**

**Caratteristiche:** Soggetti che giungono al triage asintomatici, motivo della presentazione: essere stati in Congo, Liberia, Sierra Leone o Guinea (paesi a

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 321 di 524**

rischio) nei 21 gg precedenti alla presentazione e che non hanno avuto contatti con casi di sospetti o malati

**Risposta:** invio a casa con consigli, (allegati)

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione A
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O. (consegna copia scheda triage)
- ✓ segnalare, nella mail, le modalità di arrivo (volontà propria, MMG o PLS, ambulanza 118, ecc.)

**Classe 2**

**Caratteristiche:** Soggetto asintomatico che ha viaggiato o soggiornato nello stesso albergo di paziente con sospetta ebola o malato (contatto sospetto)

**Risposta:** se necessita di visita, indossare i D.P.I.,

- ✓ invio a domicilio con consigli, (allegati)
- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione B1
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O. (consegna copia scheda triage)
- ✓ segnalare, nella mail, le modalità di arrivo (volontà propria, MMG o PLS, ambulanza 118, ecc.)

**Classe 3**

**Caratteristiche:** Soggetto asintomatico che negli ultimi 21 giorni ha avuto:

- Contatto diretto con materiale infetto
- Contatto con animale malato o carcassa

Contatto con un paziente malato come:

- Convivenza
- Assistenza a malato
- Abbraccio (no stretta di mano)
- Maneggiato salma di malato
- Bacio o rapporto sessuale
- Contatto congiuntivale



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 322 di 524**

- Puntura con materiale infetto o contatto con ferita/sangue

**Risposta:**

- ✓ i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,
- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione B3 (alto rischio) o B2 (contatti stretti)
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 **segnalando** paziente ad alto rischio (B3) o che ha avuto contatti stretti (B2),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O (consegna copia scheda triage)
- ✓ segnalare, nella mail, le modalità di arrivo (volontà propria, MMG o PLS, ambulanza 118, ecc.)

**Classe 4****Caratteristiche:** Paziente con febbre >38°C o con storia di febbre >38°C, che ha soggiornato nei paesi a rischio senza contatti con pazienti noti o sospetti**Risposta:** i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione C1
- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail ([salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it)),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 **segnalando** paziente sospetto (C1),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O (consegna copia scheda triage)
- ✓ segnalare, nella mail, le modalità di arrivo (volontà propria, MMG o PLS, ambulanza 118, ecc.)

**Classe 5****Caratteristiche:** Paziente con febbre >38°C o con storia di febbre >38°C, che ha soggiornato negli ultimi 21 gg nei paesi a rischio **con** contatti con pazienti noti o sospetti**Risposta:** i contatti fra operatore e paziente devono avvenire previo utilizzo dei Dispositivi Personali di Protezione, assistenza e visita in 3' sala,

- ✓ segnalazione al Dipartimento di Prevenzione attraverso mail ([siav@asptrapani.it](mailto:siav@asptrapani.it)), segnalando classificazione C2

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 323 di 524**

- ✓ segnalazione al Coordinamento Regionale Rete Infettivologica attraverso mail (salvatore.scondotto@regione.sicilia.it),
- ✓ trasferimento in U.O.C. di Malattie Infettive attraverso il 118 segnalando paziente sospetto a rischio elevato (C2),
- ✓ segnalazione sul report per Direttore U.O
- ✓ segnalare, nella mail, le modalità di arrivo (volontà propria, MMG o PLS, ambulanza 118, ecc.)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 324 di 524**

## Percorso all'interno del PS

### Triage

**Il paziente deve essere, sempre e comunque, informato di quello che si sta facendo.**

**Se lo si sta ponendo in isolamento avvertirlo!**

- b) **Prima di far entrare i pazienti nel gabbiotto triage**, chiedere, attraverso il vetro, avvalendosi, eventualmente, degli appositi cartelli multilingua, se ha febbre e se ha soggiornato nei paesi a rischio negli ultimi 21 giorni (vedi domande) e se ha avuto contatti con pazienti o sospetti pazienti

Nel caso di paziente di gruppo 2 (classe B1) o maggiore

- i) **Se il paziente deambula** indicargli l'ingresso dell'apposita area (uscire dall'area di attesa, girare a sinistra e attendere innanzi alla prima porta, su cui è scritto area isolamento)
- j) **Se il paziente non deambula o è in barella** fare attendere il pz, **senza avere contatti** col paziente, naturalmente spiegando cosa si sta facendo ed invitandolo ad aspettare, invitarlo a non uscire e non avere rapporti con altre persone in attesa, per limitare i contatti con terze persone al minimo,
- k) recarsi all'interno del PS, avvertire il medico scritto al 1° posto nel turno di servizio,
- l) il materiale presente nel deposito dell'area infettivi sarà portato al di fuori dell'area di isolamento, insieme ad una pompa, chiudere la porta lato Pronto Soccorso a chiave,
- m) entrambi indosseranno i dispositivi di protezione individuali (vedi vestizione),
- n) Aprire la porta esterna e far entrare il sospetto caso di ebola.
- o) La sala d'attesa sarà pulita, dopo 5', durante i quali nessuno deve attraversare tali locali se non per urgenze indifferibili, con acqua e ipoclorito di sodio (diluito 1:10) e per i 15' successivi tale locale sarà bloccato per l'attività ordinaria. (evitate di fare gli eroi). Il percorso deve essere sanificato al più presto, per cui l'operazione sarà eseguito da chiunque (anche medico) è libero utilizzando l'apposito vaporizzatore
- p) Spiegare alle persone in attesa che è necessario far asciugare e aerare l'ambiente! Evitare di parlare di ebola, se qualcuno chiede non dare né rassicurazioni né conferme.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 325 di 524****Locali isolamento**

- d) Chiudere a chiave l'accesso verso il corridoio condiviso con le altre sale visita.
- e) I collegamenti saranno tenuti attraverso appositi telefoni posti nel locale isolamento
- f) Dopo aver portato fuori una pompa e il materiale, far entrare il paziente dall'ingresso esterno, chiudere tale porta a chiave e apporre un cartello con scritto divieto d'accesso.
- g) La porta verso il PS sarà utilizzata per rifornire di eventuale materiale mancante nell'area isolamento. In questa evenienza il personale lascerà per terra o su apposito carrello il materiale richiesto. Solo quando il personale si è allontanato sarà dato l'ok all'apertura della porta, il personale in area di isolamento prenderà il materiale, richiuderà la porta a chiave e, dopo apposito feedback, il personale provvederà alla disinfezione con ipoclorito di sodio e apposita pompa il locale pre-isolamento

**Arrivo del 118**

- o) Il personale del 118 dovrebbe giungere con i dispositivi di sicurezza già indossati, eventualmente fornirli e farli indossare nell'antisala isolamento (lato PS).
- p) Si libererà il percorso uscita sala isolamento -> esterno ambulanza
- q) Uscito il pz dalla sala isolamento, sarà eseguita sanificazione del pavimento e delle superfici toccate dal pz., con ipoclorito di sodio al 0,5% (candeggina diluita 1:10) dal personale infermieristico che ha assistito il paziente, utilizzando l'apposita pompa sita nella salaC (in fase di acquisto)
- r) Il medico controllerà l'esecuzione corretta del lavoro leggendo e controllando tutti i punti nella sequenza in cui sono scritti
- s) Quindi, nell'antisala isolamento, l'infermiere spruzzerà la divisa del medico e il medico quella dell'infermiere, entrambi con particolare attenzione che vengano raggiunti tutti i punti della tuta
- t) Eseguire la sanificazione dell'antisala isolamento, bagni e depositi con l'apposita pompa
- u) Eseguire le operazioni di svestizione
- v) Dopo 15' dall'uscita sanificare i locali

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 326 di 524**

- w) Chiudere la sala per 30'
- x) Aerare l'ambiente
- y) Attenzione le operazioni devono essere eseguite secondo l'ordine sopra descritto. Svestirsi senza prima aver sanificato comporta rischi per chi dovrà intervenire successivamente e per chi si spoglia!

**N.B.:** eseguire terapia strettamente necessaria, qualora fossero necessari farmaci non presenti nella sala C chiedere attraverso le modalità sopra descritte. La procedura deve impedire contatti accidentali fra operatori dentro la stanza e fuori.

## **Istruzioni Invio Mail**

Aprire internet explorer

Scrivere nella barra degli indirizzi di Internet Explorer o altro Browser

Mail.asptrapani.it

Schiacciare invio

Si aprirà una pagina per inserimento del nome utente e password

Nome utente: prontosoccorso.trapani

Password: Pronto1.

Attenzione al . (punto) dopo Pronto1

Attenzione a digitare correttamente la password rispettando maiuscole e minuscole

Schiacciare entra

Schiacciare su nuovo messaggio

Nella barra destinatario, descritta come A: scrivere ebola

Schiacciare invio

Verranno scritti i 3 indirizzi di posta elettronica riportati nel testo precedente

Scrivere il testo nell'apposito spazio (pagina bianca):

- 7) cognome e nome del paziente
- 8) telefono e luogo di residenza del paziente, ove sia rintracciabile
- 9) eventuale nome di accompagnatore e
- 10) suo telefono
- 11) matricola di chi invia il messaggio
- 12) classificazione del paziente
- 13) modalità di arrivo

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 327 di 524**

schiacciare invio

**N.B. potete provare senza inviare!!!!**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 328 di 524**

## Domande da eseguire al triage e percorso mentale

Viene descritto il percorso mentale che deve essere seguito dall'infermiere addetto al triage.

**Si prega voler provare, su tutte le persone che giungono al triage, il percorso mentale da seguire.**

3) Ha febbre?

4) È stato in Congo, Sierra Leone, Guinea, Liberia negli ultimi 21 giorni?

Se le risposte sono no continuare con la normale accoglienza

Se la domanda 1 è no e la 2 sì:

3) ha avuto contatto noto o probabile con paziente affetto da ebola negli ultimi 21 gg?

4) Che tipo di contatto?

Se le risposte sono no: invio a domicilio con consigli e segnalazione classificazione A

Contatto casuale: invio a domicilio e segnalazione classificazione B1 **(da questo momento è obbligatorio indossare i D.P.I. se si hanno o sono previsti contatti col paziente)**

Contatto stretto: segnalazione e osservazione in malattie infettive (tramite 118) codice B2

Se il pz ha febbre >38 o storia di febbre >38 chiedere se ha avuto contatto con malati o probabili malati

Se risposta no: ricovero in Malattie Infettive, **tramite 118** e segnalazione, codice C1

Se risposta sì: ricovero in isolamento e segnalazione codice C2, sempre attraverso il 118.

**ATTENZIONE: la nostra U.O.C. di malattie infettive non deve essere coinvolta!**

## Esami e consulenze

Si fa divieto di chiedere esami per queste persone in quanto l'ospedale non è attrezzato con laboratori protetti.

Il Laboratorio di Patologia Clinica rimanderà indietro i campioni ematici.

Tali esami devono essere eseguiti presso strutture attrezzate.

Se lo fate avete messo a rischio il personale che trasporti i campioni. Tutte le persone incontrate durante il tragitto, anche casualmente, il tecnico del laboratorio, è reato penale!



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 329 di 524**

Nel caso di esami radiografici saranno eseguiti in 3' sala con apparecchi portatili secondo i protocolli stabiliti dal Responsabile UOC Radiologia.

L'unica consulenza accettabile è quella rianimatoria e solo se le condizioni del paziente sono tali da non essere stabilizzabili dal medico di guardia coinvolto.

Il medico che dovesse inviare campioni ematici o chiedere consulenze inappropriate fa correre rischi inaccettabili ad altro personale ospedaliero.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 330 di 524**

## **Vestizione**

Nell'antisala stanza 3 indossare, al di sopra della normale divisa, **nell'ordine**:

- f) Tuta completa
- g) Soprascarpe
- h) Doppio paio di guanti impermeabili
- i) Schermo protettivo che copre tutto il volto o apposita maschera
- j) Maschera filtrante ffp2

Una seconda persona dovrà leggere e controllare che tutto sia fatto secondo quanto sopra scritto (il medico controlla l'infermiere, l'infermiere il medico)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 331 di 524**

## Svestizione

**Rappresenta il momento più a rischio** poiché tutta la superficie esterna dei D.P.I. è da considerarsi infetta e possibile causa di contagio.

Pertanto bisognerà accuratamente evitare il contatto del corpo con le facce esterne di tali dispositivi.

Anche in questo caso l'operazione sarà seguita da un testimone che leggerà le cose da fare controllando che vengano ben eseguite.

### **Nella stanza paziente:**

- Dopo aver spruzzato con l'apposita pompa l'ipoclorito di sodio su tutte le superfici su cui ha stazionato il pz o che sono state da lui toccate e il percorso da lui effettuato
- Dopo essersi fatto spruzzare addosso l'ipoclorito dall'altra persona presente nella stanza
- Con i guanti bagnati abbondantemente di ipoclorito si sanificano le parti della pompa non raggiungibili dal getto
- Spruzzare il 2° operatore
- Rimuovere il 1° paio di guanti ponendoli nell'apposito contenitore rifiuti
- Andare nell'antisala

### **Nell'antisala:**

- Indossare un nuovo paio di guanti e ripetere l'operazione di sanificazione ambientale nell'antisala
- Togliere il cappuccio
- Togliere visiera e posizionarla nel liquido disinfettante (se non è monouso)
- Togliere la maschera
- Sfilare la tuta evitando di toccare le parti interne
- Togliere soprascarpe
- Togliere mascherina filtrante
- Togliere i guanti monouso

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 332 di 524**

- Lavarsi le mani con soluzione alcolica prima e acqua e sapone dopo secondo le regole ben note e presenti sul lavandino, facendo particolare attenzione agli spazi interdigitali, all'orologio (che sarebbe opportuno lasciare al di fuori della stanza C), ai polsi
- Tutto il materiale deve essere gettato negli appositi contenitori

**Note:** Il personale che assiste il pz **sarà lo stesso** dal momento della 1' assistenza all'affidamento al 118.

## **Prelievo ematico e trattamento delle provette**

Incannulazione di vena

- Massima attenzione
- Non distrarsi, non distrarre
- Il materiale utilizzato deve garantire protezione (aghi con protezione)
- Il materiale utilizzato deve essere gettato negli appositi contenitori

Il sangue deve essere prelevato utilizzando, **esclusivamente**, dispositivi vacutainer

- Recipiente primario (provette)
- Etichettare prima dell'uso
- Avvolgere in cotone idrofilo o carta assorbente in quantità sufficiente a proteggere la fiala e assorbire eventuale materiale fuoriuscito
- Sistemare tutte le fiale in apposito recipiente secondario
- Schedare questo secondo recipiente (meglio insieme alle provette)
- Sistemare in un altro contenitore (cartone, plastica, altro)
- Anche queste manovre devono essere provate

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 333 di 524**

## **Disposizioni per paziente inviato a domicilio proveniente da paese a rischio per Ebola**

Egr. sig. la preghiamo di voler contattare 0923543020, 0923543024 oppure 0923543011 nelle ore d'ufficio oppure contattare 0923809450 che fornirà il reperibile se compaiono i seguenti sintomi nei 21 giorni successivi al Suo allontanamento dal paese a rischio o da stazionamento in ambiente ove era presente un paziente o un sospetto caso di ebola.

I Suoi dati sono stati segnalati agli organi di controllo, che la contatteranno, al fine di valutare eventuali rischi aggiuntivi.

Qualora si presenti uno o più sintomi fra quelli appresso elencati è pregata di darne immediata comunicazione.

- Febbre
- Astenia profonda
- Cefalea
- Artralgie e/o Mialgie
- Iniezione congiuntivale e/o Faringite e/o emorragie congiuntivali, sottocongiuntivali e/o gengivali
- Vomito e diarrea
- Segni di insufficienza renale o epatica
- Rash maculo papuloso
- Ematemesi e/o melena e/o epistassi e/o emottisi e/o emoftoe e/o ematuria e/o metro menorragia

Il Direttore  
U.O.C. MCAU Trapani  
(dott. M.G.Di Martino)

**Ha febbre o ha avuto febbre?  
Have you fever or had you fever?**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 334 di 524**

**Tienes o Tenías fiebre?  
Vous avez la fièvre ou vous avez eu la  
fièvre?**

**لديك حمى؟ أو هل كان لديك حمى؟**

**1) Sì, yes, oui, نعم**

**2) No, non, لا**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 335 di 524**

La temperatura è (era) superiore a 38°C?  
Is the temperature or was the temperature  
more than 38 ° C?

La temperatura es (era) más de 38 ° C?  
La température est (était) plus de 38 ° C?  
درجة مئوية؟ 38 كانت درجة الحرارة أكثر من

3) Sì, yes, oui, نعم

4) No, non, لا



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 336 di 524**

È stato in Congo, Liberia, Sierra Leone, Guinea  
negli ultimi 21 giorni?

Was you in Congo, Liberia, Sierra Leone, Guinea  
in the last 21 days?

Fuiste en Congo, Liberia, Sierra Leona, Guinea en  
los últimos 21 días?

Vous avez été en Congo, Libéria, Sierra Leone, ou  
Guinée dans les derniers 21 jours?

كنت قد تعرضت

يوما الماضية؟ 21 في الكونغو وليبيريا وسيراليون وغينيا في

5) Sì, yes, oui, نعم

6) No, non, لا

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 337 di 524**

Ha avuto contatti con malati o sospetti malati di  
Ebola?

Had you contact with Ebola sick people or  
suspected Ebola patients?

Tuviste contacto con pacientes enfermos o  
sospechosos enfermos de Ébola?

Vous avez eu des contacts avec des patients  
malades ou suspects maladies d'Ebola?

هل كان لديك اتصال مع مرضى الايبولا المرضى أو المشتبه بهم؟

7) Sì, yes, oui, نعم

8) No, non, لا

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 338 di 524**

Ha avuto un contatto stretto, ha abbracciato,  
convissuto con paziente o sospetto portatore?  
Had you a close contact with an Ebola patient? did  
you live with an Ebola patient or suspected Ebola  
patient?

Habéis habido un contacto con un paciente de  
Ébola, habéis abrazado o vivido con un paciente o  
con un sospecha portadora?

Vous avait eu un contact avec un patient d'Ebola  
ou vous avez habité ou vous avez embrassé un  
patient ou un suspecté porteur?

قد كان لديك اتصال وثيق، قد تبنت ذلك، يعيش مع المريض أو  
المشتبه الناقل؟

9) Sì, yes, oui, نعم

10) No, non, لا

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 339 di 524**

Egregio signore, appena io esco da questa porta, sei pregato di entrare, chiudere la porta ed attendere il mio ritorno.

Nel frattempo non fare entrare nessuno!

Sarai posto in osservazione, in isolamento, e trasferito, probabilmente, in altro ospedale.

Grazie

Sir, when I will go away and I will close this door, you have to come in, to close the door and to wait I will come back, please.

In the meantime, nobody can enter, please!

You will be placed under observation in isolation, and probably you will be transferred, in another hospital.

Thank you so much!

Señor, tan pronto como salira de esta puerta, por favor teneis que entrar, cerrar la puerta y esperar a mi regreso.

Mientras tanto, no deje que nadie en!

Usted será colocado en observación en el aislamiento, y movido, probablemente en otro hospital.

Muchas Gracias

Monsieur, quand je sortira de cette porte, entrez, fermez la porte et attendez mon retour, se il vous plaît.

En attendant, ne laissez personne en!

Vous serez placés en observation dans l'isolement, et déplacés, probablement dans un autre hôpital.

Merci becaup!

قوي قورلا يذاتسأ  
جرخأ امدن ع بابلا اذه قلغي فوسو, لخدأ, بابلا قلغأ يتدوع رظتن او.  
حتفت ال.  
قبقارملا يف نوكت نأ لكي لع, ةلزع يف نوكت فوس امبرو  
رخأ يف شتسم ل اهل قن متي فوس.  
ركش

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

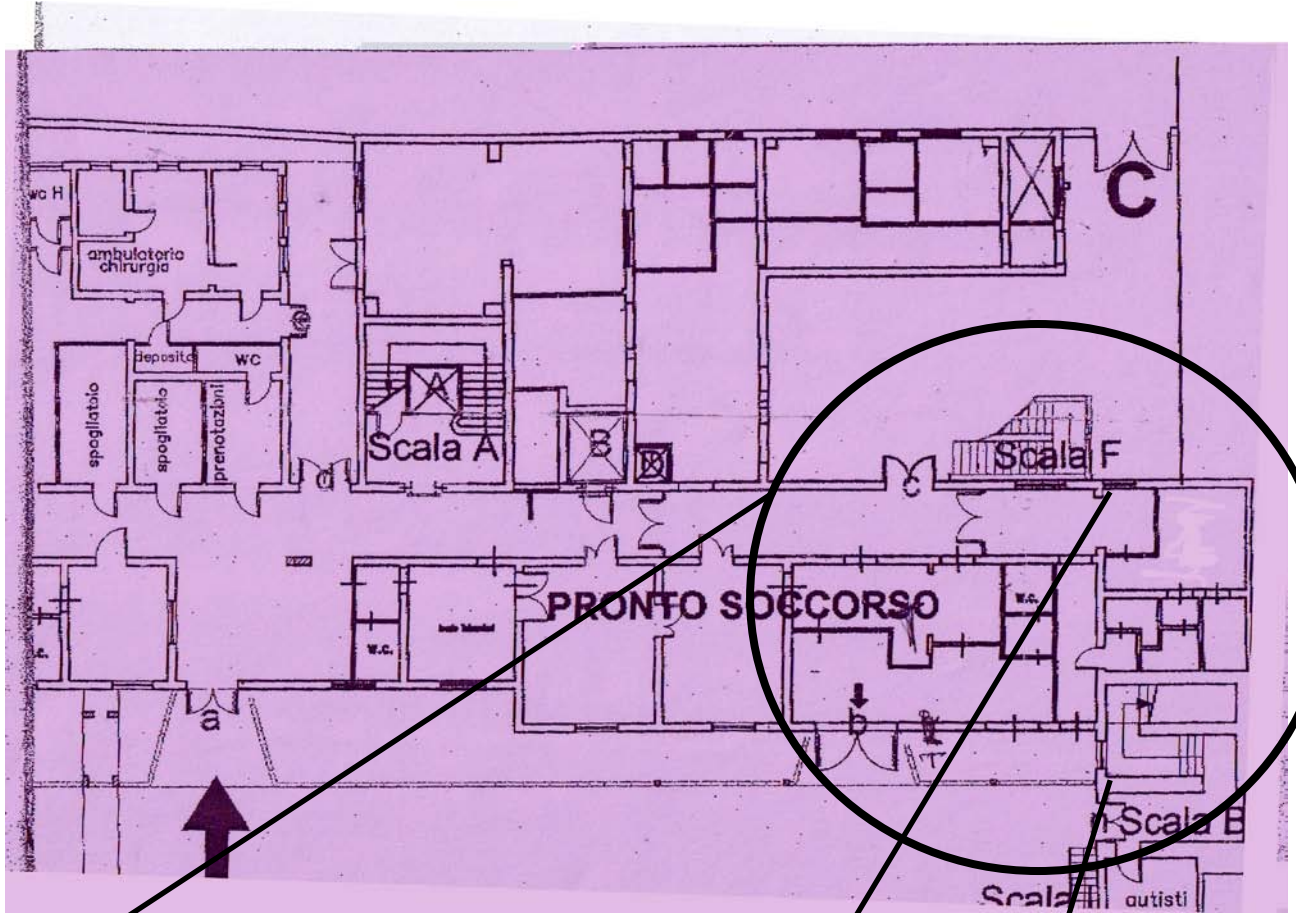
*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 340 di 524**



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

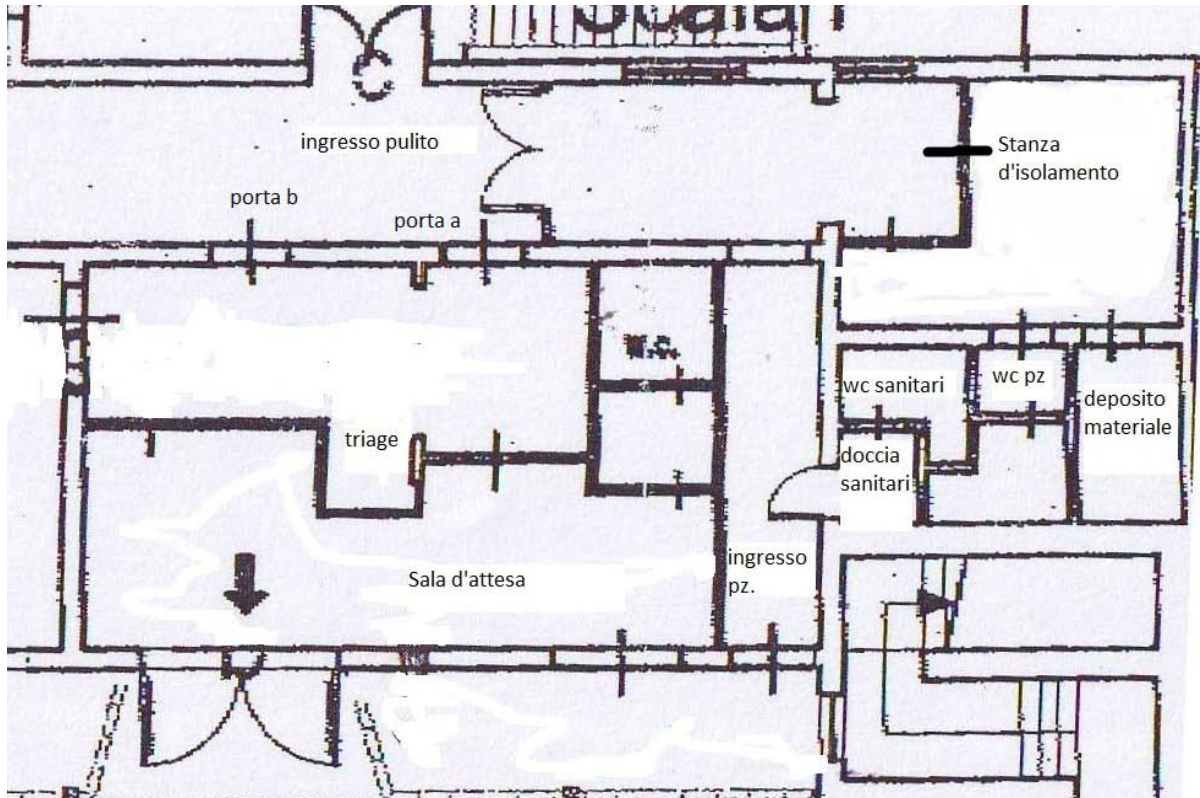
*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 341 di 524**



**Bibliografia**

4. Malattia da Virus Ebola implementazione di sorveglianza e case management
5. Circolare Ministero Salute 26377 del 01/10/14
6. Circolare Ministero Salute 26377 del 07/10/14



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 342 di 524**[Prc069: Regole sull'Utilizzo delle bacheche dell'U.O.](#)

- Queste bacheche sono di proprietà dell'U.O. di MCAU.
- La veridicità del materiale esposto comporta responsabilità, pertanto si fa divieto assoluto di esporre qualsiasi documento, foglio o altro in tale luogo.
- L'uso consentito è quello di comunicare ai dipendenti di questa U.O. quanto ritenuto utile dal Direttore dell'U.O. e dalla Capo Sala, a cominciare dalle riunioni e dall'organigramma.
- Qualsiasi documento verrà pubblicato in queste bacheche senza autorizzazione verrà immediatamente cestinato.
- Pertanto, tutte le nuove disposizioni inerenti l'U.O. non saranno più pubblicate sulle bacheche della "stanza computer" ma in queste, onde evitare che l'utenza osservi il disordine di fogli svolazzanti.
- Nelle bacheche della sala computer sono ammessi solo fogli con numeri di telefono urgenti (es. neurochirurgie), circolari della Direzione Sanitaria, turni di servizio/reperibilità di altre U.O. a frequente consultazione (es.: oculistica)
- Tutti i documenti interni, dopo 15 giorni di esposizione, verranno ritirati dalla Capo Sala e controfirmati da un I.P. e quindi conservati in apposito faldone. Saranno sempre consultabili presso la cartella protocolli e linee guida presente in tutti i pc dell'U.O.



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 343 di 524**

[Prc070: Compilazione referto medico](#)

[Vedi Pcr 032](#)

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 344 di 524**

**[Prc071: PROTOCOLLO PER LA MEDICAZIONE DELLE FERITE](#)**

**Vedi protocollo 10**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 345 di 524****Prc072: [Accordo Ospedale - Territorio sull'invio di pazienti dal triage al PPI](#)****Premessa**

La Regione Sicilia in collaborazione con AGENAS ha istituito i Punti di Primo Intervento (PPI).

Il compito dei Punti di Primo Intervento (PPI) è quello di offrire un punto di riferimento alternativo all'Ospedale, nelle ore diurne, per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi), in continuità con le ore notturne della Continuità Assistenziale all'interno dei PTA-Presidi Territoriali di Assistenza previsti dalla LR 5/2009 e dalle LG di riorganizzazione dell'attività territoriale (D.A. 723/2010).

L'attività dei PPI è integrata con gli infermieri e con gli specialisti ambulatoriali operanti nel PTA e potenziata da sistemi di diagnostica essenziale (es: Point of Care Testing - POCT).

L'invio del paziente dal triage al PPI deve seguire procedure certe, seguite da tutti gli operatori, sia invianti sia accoglienti, volte ad evitare il fenomeno del rimando, al fine di non far perdere credibilità all'Azienda Sanitaria e di rafforzare la fiducia nel sistema sanitario.

I compiti del pronto soccorso sono quelli di assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

Ne consegue che compito del Pronto Soccorso è quello di garantire le Urgenze Emergenze.

Il paziente, che non ha le caratteristiche di cui al punto precedente, non si deve sentire "rifiutato", ma deve avvertire un sistema di accoglienza nuovo che, seguendo percorsi certi e funzionali, permette di migliorare l'assistenza.

**Compiti del Triage**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 346 di 524**

Presso il P.S. di Trapani dal 1998 è applicato il Triage di bancone, dal 2007 il Triage Globale.

Tale sistema prevede che:

- ▣ la valutazione e l'assegnazione delle priorità ai pazienti sia attuata da un infermiere preparato e con riconosciuta esperienza
- ▣ un sistema articolato di categorie per stimare la priorità dei pazienti
- ▣ precisi standard per la valutazione e la pianificazione degli interventi
- ▣ protocolli per test diagnostici e trattamenti terapeutici
- ▣ presenza costante dell'infermiere nella zona di triage
- ▣ regolata da precise indicazioni
- ▣ la valutazione di qualità del sistema

Il triage, oltre ad attribuire un codice di priorità per l'accesso alle cure, si pone anche una serie di obiettivi "accessori" che contribuiscono a migliorare la qualità del servizio prestato dal sistema:

- mantenere e migliorare l'efficacia complessiva della struttura di PS;
- ridurre lo stato d'ansia delle persone che si rivolgono alla struttura;
- **smistare i pazienti non urgenti.**

Ogni PS, secondo le indicazioni ministeriali, deve sviluppare un modello capace di raggiungere gli obiettivi specifici e che tenga conto della tipologia della struttura (numero e tipologia di prestazioni, organizzazione del sistema territoriale dell'emergenza, presenza o assenza di altre strutture di riferimento, tipologia e disponibilità di personale sanitario in PS, aree di cura a disposizione, vincoli ambientali, legali e amministrativi).

Compiti del triagista, di conseguenza sono:

- Seguire i percorsi assistenziali predefiniti in base al codice colore e/o al sintomo principale rilevato
- Informare i pazienti e/o parenti del codice colore attribuito, delle procedure attivate e dei tempi presumibili di attesa.

I codici attribuibili dal triagista sono:

- Codice Rosso: Paziente critico, alterazione di un parametro vitale

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 347 di 524**

- Codice Giallo: Paziente potenzialmente critico, i parametri vitali sono presenti, ma potenzialmente alterabili entro breve tempo
- Codice Verde: poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili
- Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti.

I primi due, rosso e giallo, rappresentano rispettivamente emergenze ed urgenze.

I codici verdi e bianchi, non critici, sono delle urgenze rinviabili, di solito, al territorio e rappresentano, spesso, degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

### **Obiettivo**

La rimodulazione della rete per l'emergenza che inizia dal 1° filtro, rappresentata dai MMG e PLS, e da un 2° filtro rappresentato dai PPI, è quello di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

In particolare, compito dei PPI è quello di riorientare l'offerta distrettuale verso la gestione delle "urgenze" territoriali (codici bianchi e parte dei codici verdi) nella prospettiva di ridurre gli accessi impropri al PS e ridurre i tempi d'attesa al triage.

Il servizio dei PPI e PTE rappresenteranno, con le loro differenze, la forma organizzativa attraverso la quale si deve garantire, assieme alla Guardia Medica Notturna, un'assistenza h 24 e realizzare un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte, verdi).

Laddove la gestione del caso superasse la possibilità di gestione, presso le strutture territoriali, il paziente dovrà, in ogni caso, fare riferimento al Pronto Soccorso Ospedaliero.

### **Modalità Attuative**

L'infermiere addetto al triage di Pronto Soccorso potrà inviare al PPI, pazienti selezionati, di codice bianco e verde, attuando protocolli condivisi fra Territorio e Pronto Soccorso/Ospedale.

L'infermiere addetto al triage, sulla base dei sintomi dichiarati dal paziente ed ai protocolli vigenti, se trattasi di paziente con codice bianco o verde, potrà inviare al PPI il paziente secondo i protocolli appresso elencati.

Il PPI potrà rimandare, all'Ospedale/Pronto Soccorso, i pazienti che dovessero essere considerati complessi per tale struttura territoriale.

Al fine di evitare contenziosi, per possibili incomprensioni con il paziente, è preferibile uno stretto contatto telefonico fra infermiere del triage, medico del

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 348 di 524**

PPI e medico di guardia del PS al fine di chiarire, immediatamente, le motivazioni dell'invio al PPI, ritenuto inappropriato, o chiarimenti circa il rimando in Pronto Soccorso o situazioni non prevedibili da questo regolamento.

A tal fine si elencano i numeri telefonici delle strutture interessate:

Triage 0923809127      P.S. 0923809450 // 0923563550

Dott. Massimo Di Martino: 0923809548 // 3482297435 ///

mail: [massimodimartino@ospedaleditrapani.it](mailto:massimodimartino@ospedaleditrapani.it)

PPI- adulti: 0923.472448 PPI- pediatrico 0923.472515    Distretto di Trapani

Dott. Piccolo: 0923.472471

Dott.ssa Sardo: 0923.472631

### **Problemi: Pazienti rimandati al MCAU/Ospedale**

Apposito gruppo di studio dovrà valutare le motivazioni che hanno portato al rinvio, dal PPI al Pronto Soccorso, del paziente per valutarne le motivazioni e studiare soluzioni volte a ridurre la statistica di questi eventi.

Il gruppo di studio, appena descritto, sarà formato per MCAU da:

Direttore del MCAU (o persona da lui delegata), Coordinatore Infermieristico (o persona da lui delegato), un medico ed un infermiere di MCAU;

per il Distretto Sanitario da: Dr. Piccolo D., Dr.ssa Sardo T., Dr. Barone G.

Il gruppo di studio si riunirà, dietro contatto, anche per vie brevi, ogni qualvolta si presentasse un problema non risolvibile per altre vie o per la revisione dei protocolli operativi, qualora ritenuto necessario, o per dirimere problematiche che dovessero sorgere in seguito all'attuazione dei protocolli previsti, o per valutare inadempienze circa il presente protocollo.

### **Protocollo Operativo**

- 1) l'infermiere addetto al triage dovrà compilare opportunamente la scheda di triage ed affidarla al paziente
- 2) in presenza di codice bianco e verificarsi dei protocolli appresso indicati, il paziente sarà inviato al PPI o al MMG o PLS
- 3) la dizione che l'infermiere dovrà utilizzare per informare il paziente è: "per questo tipo di patologia Lei deve rivolgersi al Suo Medico di

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 349 di 524**

- Medicina Generale (o Pediatria) ovvero al Punto di Primo Intervento”  
descrivendo il percorso per raggiungere la struttura
- 4) qualora il paziente protestasse, sarà il medico di guardia o il Direttore del MCAU ad intervenire dietro richiesta del triagista
  - 5) il medico del Punto di Primo Intervento dopo la visita del paziente attuerà l'esecuzione di manovre o consulenze atte alla risoluzione della problematica
  - 6) se lo riterrà utile, provvederà a redigere apposita richiesta su modulario regionale, barrando la casella “Urgente”
  - 7) nel caso in cui lo specialista non sia presente nel PTA e lo sia nella struttura ospedaliera, provvederà ad avvisare lo specialista ospedaliero dell'invio del paziente (se urgente) o provvederà a far prenotare la prestazione per la prima data ambulatoriale (entro 24/48 ore)

**Sintomi da inviare dal triage al PPI**

- 1) pazienti con problemi Oculistici (compresi piccoli corpi estranei)
- 2) pazienti con problemi ORL (compresi corpi estranei in condotto uditivo esterno, narici o faringe in assenza di dispnea)
- 3) problemi dermatologici (escluse le allergie e le forme diffuse e/o gravi, es. con edema generalizzato)
- 4) problemi urinari
- 5) riferite disurie, anche con riferite difficoltà alla minzione (non le ritenzioni acute d'urina)
- 6) puntate ipertensive (senza disturbi neurologici) con pao max $\leq$ 190, min  $\leq$ 110 (registrata dal triagista e trascritta sulla scheda di triage)
- 7) traumi risalenti ad oltre 48 ore deambulanti ed in assenza di alterazioni del profilo dell'arto traumatizzato (non traumi toracici o addominali)
- 8) febbre in assenza di problemi neurologici (anche riferiti)
- 9) diabete con glicemia  $<$ 300 e senza disturbi neurologici
- 10) coliche renali con episodio successivo al 1' ed età  $<$  65 anni
- 11) medicazioni successive alla prima
- 12) tutte le patologie banali (codici bianchi) risolvibili ambulatorialmente



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI

Direttore: dott. M.G. Di Martino

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 350 di 524****Sintomi da non inviare al PPI**

- 1) problemi ostetrico-ginecologici (accesso diretto ai consultori ed alla U.O.C. Ginecologia)
- 2) problemi cardiologici (scheda dolore toracico, disturbi cardiologici, perdita di coscienza, cardiopalmo)
- 3) problemi neurologici acuti e/o recenti
- 4) crisi ipertensive con PAO >190 max o >110 min (registrata dal triagista e trascritta sulla scheda di triage) o PAO inferiori con disturbi neurologici
- 5) diabete con glicemia  $\geq 300$  o con disturbi neurologici
- 6) febbre con disturbi neurologici (anche riferiti) che devono essere segnalati nella scheda di triage
- 7) primo episodio di colica renale o colica renale con età >65 anni
- 8) traumi avvenuti entro 48 ore
- 9) allergie o dermatiti diffuse e/o gravi

**Note**

Il presente protocollo deve essere approvato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, dai Responsabili dei PPOO e dai Responsabili dei Distretti Sanitari e comunicato ai MMG e PLS nonché all'Ordine dei Medici e all'IPASVI per opportuna conoscenza.

Sarà compito dei responsabili del MCAU e del PPI/Specialistica Ambulatoriale diffondere il documento ai medici dei propri servizi con opportuna lista di distribuzione.

Regione Sicilia A.S.P. Trapani PP.OO. Trapani-Alcamo- Pantelleria	<b>PROCEDURA: PERCORSO DEL PAZIENTE PEDIATRICO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO "S.ANTONIO ABATE"</b>	Data di emissione: 1/6/2015
Direttore Medico di Presidio U.O.C."S. Antonio Abate"	Capo Dipartimento Materno Infantile Direttore U.O.C. M.C.A.U. Direttore U.O.C. di Pediatria	Direzione Medica di Presidio " S. Antonio Abate"
Stesura Dott. Francesco Giurlanda	Approvazione: Dott. Giuseppe Alletto Dott. Massimo Di Martino Dott. Pietro di Stefano	

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 351 di 524**

## **PROCEDURA 073: PERCORSO DEL PAZIENTE PEDIATRICO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO “S.ANTONIO ABATE”**

**1. Descrizione sintetica**

Il paziente pediatrico può accedere in ospedale:

- 1) visita ambulatoriale esterna: con la richiesta di visita specialista da parte del medico curante, previo passaggio dal cup, negli orari di apertura degli ambulatori.
- 2) Libero accesso alla struttura
- 3) Tramite Pronto Soccorso

**2. Responsabile della procedura**

Medici dell'U.O. MCAU, Infermieri addetti al Triage del Pronto Soccorso, Medici e Infermieri dell'U.O. di Pediatria, Medici e Infermieri dell'U.O. di Neonatologia e UTIN.

**3. Obiettivi**

Facilitare il percorso ai pazienti in ambito pediatrico

**4. Ambito di Applicazione**

Il protocollo regola il percorso del paziente che accede in ospedale tramite il Pronto Soccorso.

**5. Motivazione**

- Il paziente in età pediatrica (età neonatale 0-28 giorni - età pediatrica 29 giorni 16 anni compiuti) che giunge in ospedale, molto spesso, non richiede la visita di un medico di Pronto Soccorso, ma richiede la visita di un pediatra o neonatologo.
- Il D.A. 8.8.2007 “esecutività dell'accordo regionale di assistenza primaria” e l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, del 23 marzo 2005 e integrato con l'accordo del 29.7.2009, prevede che per le visite pediatriche gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche senza la richiesta del medico curante.
- Le linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, elaborate dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra Stato e Regioni del 7.2.2013, prevedono, tra l'altro, di realizzare all'interno del Pronto Soccorso percorsi separati clinico

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 352 di 524**

organizzativi dei pazienti classificati dal triage con codice rosso e giallo da quelli verdi e bianchi, anche con l'invio di quest'ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero.

- Appositi percorsi sono stati individuati per l'invio al PPI adulti e pediatrici, nelle ore di apertura di tali servizi, dei codici bianchi e verdi, secondo sintomi concordati fra le due UU.OO. (MCAU e Territorio)
- Il passaggio al triage, è obbligatorio per evitare disservizi nelle UU.OO. di Pediatria/Neonatologia, tranne che per i pazienti in possesso della ricetta del SSN per visita specialistica

**6. Percorso operativo****a) P.P.I. PEDIATRICO**

Il paziente viene accolto al Pronto Soccorso al Triage

1. I codici bianchi e verdi, con quadri sintomatologici previsti dal protocollo stilato col P.P.I. Pediatrico, dopo avere stampato la scheda di Triage in duplice copia, una destinata al Pediatra del P.P.I. e una, sottoscritta da chi fa le veci del piccolo paziente, conservata agli atti del Pronto Soccorso, saranno avviati direttamente all'U.O. di Neonatologia o Pediatria.
2. saranno inviati a tale struttura nelle giornate di apertura al pubblico: sabato e domenica dalle ore 10.00 alle ore 18.30
3. Il triagista terrà in attesa sul gestionale del Pronto Soccorso il paziente e, dopo 6 ore, se non riceve alcuna comunicazione da parte del P.P.I. Pediatrico, cancellerà il caso classificandolo come "inviato a struttura ambulatoriale"

**b) PERCORSO OSPEDALIERO**

Il paziente viene accolto al Triage del Pronto Soccorso

1. I codici rossi e gialli, saranno sempre visitati dal medico di guardia al pronto soccorso
4. I codici verdi e bianchi, che presentano uno dei sintomi descritti nella tabella sottostante, dopo essere stata stampata la scheda di triage in duplice copia, una destinata all'U.O. di Neonatologia/Pediatria e una, sottoscritta da chi fa le veci del piccolo paziente, conservata agli atti del

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 353 di 524**

Pronto Soccorso, saranno avviati direttamente all'U.O. di Neonatologia o Pediatria.

5. Il medico dell'U.O. di Neonatologia o di Pediatria dopo aver visitato il paziente decidere se inviarlo al proprio domicilio o proporre un ricovero; in questo caso entro 6 ore dovrà darne comunicazione al Triage.
6. Il triagista terrà in attesa sul gestionale del Pronto Soccorso il paziente e, dopo 6 ore, se non riceve alcuna comunicazione da parte dell'U.O. di Neonatologia o Pediatria, cancellerà il caso classificandolo come "inviato a struttura ambulatoriale"
7. In caso di proposta di ricovero il neonatologo o il pediatra invierà richiesta di ricovero all'accettazione sanitaria nelle ore di apertura (Tel.458) o al triage che procederanno al ricovero; La proposta di ricovero sarà conservata insieme a copia del foglio di ricovero, in MCAU/Accettazione Sanitaria

**7. Problemi emergenti**

Il pediatra è contattabile al numero 617/623

Il neonatologo all'interno n. 505/504

Il triagista è consultabile al n. 127, il medico del PS al 450/464.

È auspicabile che infermiere del triage, medico della U.O.C. Pediatria, Medico di U.O.C. Neonatologia, Medico del MCAU tengano strette correlazioni onde evitare problemi al paziente, incomprensioni, fenomeni di andirivieni fra le varie UU.OO. (definito ping pong).

**8. Controllo**

Apposita commissione, composta da Direttore U.O.C. Pediatria, Direttore U.O.C. Pediatria Neonatale e Direttore U.O.C. MCAU e loro Coordinatori Infermieristici, si riunirà per la valutazione di tutti i problemi che dovessero presentarsi, a prescindere dalle UU.OO. interessate, in tutti i casi di ping pong, e in ogni caso, semestralmente, per la revisione dei quadri sintomatologici descritti per l'invio diretto dal triage alle UU.OO. Pediatria/Neonatologia.

**9. Conclusione**

Il presente protocollo viene inserito all'interno del manuale delle procedure delle UU.OO. interessate e del Presidio

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 354 di 524****Allegato 1.****I codici bianchi e verdi che presentano i seguenti sintomi devono essere inviati all'U.O.C. di Pediatria/Pediatria Neonatale:**

1. coliche addominali con stato di sofferenza non elevato
2. febbre comparsa da <72 ore senza segni neurologici in atto o riferiti
3. cefalea
4. tosse
5. otalgia e otite
6. congiuntivite
7. vomito, enterite, gastroenterite, diarrea tranne evidenti segni di disidratazione quali stato soporoso, cute sollevabile in piccole pliche, ecc...
8. dermatiti, malattie esantematiche
9. tutti i pazienti con sintomi non urgenti e senza probabile evoluzione verso la gravità
10. pazienti dimessi da meno di un mese dalla Pediatria/Neonatologia; In questo caso scrivere sulla scheda triage data di dimissione precedente. La sintomatologia, in questo caso, deve essere sovrapponibile a quella del ricovero e il codice sempre verde o bianco.

**I codici bianche e verdi che presentano i seguenti sintomi non devono essere inviati all'U.O.C. di Pediatria/Pediatria Neonatale:**

1. traumi recenti o datati
2. febbre insorta  $\geq 72$  ore
3. crisi asmatiche o dispnoiche
4. dolore toracico salvo il triagista non abbia certezza che non sia un problema cardiologico (es.: herpes, flogosi cutanee, ecc.)
5. problemi neurologici (dalla crisi febbrile, anche riferita, alla perdita di coscienza riferita, stato soporoso non giustificato, coma)  
N.B.: per perdita di coscienza si intende l'apertura degli sfinteri, non il semplice riferito "non rispondeva più"
6. allergie con sintomi connessi gravi (dispnea, orticaria diffusa, alterazioni del sensorio, storia di gravi allergie)  
N.B.: il triagista sul punto deve mantenere una sensibilità elevata a causa del possibile rischio insito nella patologia

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 355 di 524**

## **Bibliografia**

1) Accordo Assessorato Regionale Salute – AGENAS: Linea operativa: “Assistenza primaria, assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso”

2) LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE (PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRATA – DAY SERVICE TERRITORIALE) di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR

3) “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria”, G.U. n. 285 del 7/12/2001

4) Ministero della Salute, Progetto Mattoni SSN, Pronto Soccorso e sistema 118, Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (trriage PS e 118)

5) dpr 27/3/1992 (DPR 27/3/1992 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 - Serie Generale)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 356 di 524**

## [Pr.074 Trasporto sangue](#)

Agli Ausiliari/OSS  
UOC MCAU - Trapani

Si comunica che, da subito, qualora sia necessario prelevare del sangue dal Centro Trasfusionale e portarlo in MCAU, il trasferimento deve essere eseguito utilizzando l'apposita borsa, quella grande fra le due disponibili, posta nella sala A.

Non verrà consegnato sangue, dal Centro Trasfusionale, in assenza di tale borsa, a seguito del possibile shock termico cui le sacche trasportate, in modo anomalo, potrebbero essere sottoposte.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 357 di 524****Prc 075: Protocollo invio referti c/o Autorità di PG****A) Indirizzato a:**

Coordinatore Infermieristico MCAU Trapani e suoi sostituti.

Sarebbe opportuno portarlo a conoscenza della Polizia di Stato.

Medici del MCAU di Trapani.

Autisti dell'Ufficio Economato

Autisti Ambulanze

**B) Quando si applica**

Il presente protocollo si applica quando, per assenza del Poliziotto, presso il Posto Fisso di PS presso l'MCAU di Trapani, non si ha la possibilità di affidare allo stesso i referti redatti il giorno prima.

**C) Normativa**

"I medici, e gli esercenti le professioni sanitarie in genere, che rivestano anche temporaneamente le qualifiche di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio" hanno l'obbligo di denunciare, come sancito dall'art. 331 c.p.p.6, se, durante l'espletamento del proprio servizio hanno avuto notizia di un reato perseguibile d'ufficio.

Le stesse figure sopra richiamate devono compilare il referto quando abbiano prestato la propria assistenza od opera in casi che possano presentare le caratteristiche di delitti perseguibili d'ufficio, ossia anche nel caso di "delitto in astratto, che potrebbe non appartenere al mondo della realtà".

Appare corretto ricordare che perché l'obbligo di denuncia/referto sussista è necessario che si tratti di delitto perseguibile d'ufficio (ossia autolesioni, prognosi superiore a 19 giorni, infortunio sul lavoro).

L'art. 334 del C.P.P. prevede che è punibile non solo chi ometta di redigere il referto, ma anche chi non lo faccia pervenire in tempo all'autorità giudiziaria (di norma 48 ore, tranne i casi più gravi in cui deve essere avvistata immediatamente la Polizia Giudiziaria) e chi lo rediga in maniera incompleta o scorretta.

Per scorretta si intende la mancanza di: generalità e luogo e data evento se note, diagnosi e prognosi (in ogni caso).

**D) Applicazione****1) Raccolta dei referti medici**

Ogni mattina feriale il Coordinatore Infermieristico, o il suo sostituto, raccoglieranno tutti i Referti medici compilati nel periodo de quo; controllerà la corrispondenza con i referti stampati nell'arco del tempo interessato e

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 358 di 524**

provvederà a compilare 3 elenchi giornalieri, uno per l'archivio di MCAU, uno per quello del nosocomio, uno per le forze di P.G. (come da protocollo vigente).

**2) Mancanza di un referto medico**

Qualora manchi un referto medico, rispetto a quelli presenti in elenco, il medico che ha redatto tale certificazione dovrà chiarire la motivazione della mancata conservazione di tale documentazione e del fatto deve essere informato il Direttore dell'U.O. di MCAU per gli opportuni interventi (da parte del Coordinatore Infermieristico o suo sostituto).

**3) Ritiro del referto medico immediatamente dopo la sua redazione**

Qualora una copia del referto fosse ritirata dalle forze dell'ordine intervenute, chi ritira, in modo leggibile firmerà con nome e cognome e istituto di appartenenza, tutte (tre) le copie del referto medico.

Il coordinatore infermieristico, nell'elenco stilato il giorno dopo, scriverà a quale corpo è stato consegnato il referto medico. (come da protocollo vigente)

**4) Ritiro dei referti medici da parte della P.G.**

Il poliziotto di guardia al posto fisso di Polizia, presso il MCAU di Trapani, ritirerà, ogni giorno feriale, entro le ore 10,00, i referti redatti il giorno prima (nel caso di festivi nei giorni prima) e non ritirati da altre forze dell'ordine.

Per dare evidenza all'evento ritiro dei referti, il poliziotto di guardia in MCAU firmerà l'elenco dei referti a lui consegnati, contenenti cognome e nome dei pazienti su cui sono stati compilati, sottoscrivendo il numero di referti ricevuti e correggendo, se necessario, il numero di referti fornito dal programma gestionale di MCAU. (come da protocollo vigente)

Il mancato ritiro dei referti medici implica la prosecuzione del protocollo.

**5) Richiesta autista**

Alle ore 10.00, se i referti del giorno prima non sono stati ritirati, il coordinatore Infermieristico del MCAU o suo sostituto provvederà a chiedere che gli autisti in servizio presso l'Economato del P.O. di Trapani consegnino i referti, entro le ore 12,00, all'Ufficio URP della Questura o altro servizio individuato.

Qualora l'autista non fosse disponibile si utilizzeranno gli autisti delle ambulanze, anche in Pronta Disponibilità.

Se neanche gli autisti delle ambulanze fossero disponibili, il tutto sarà eseguito l'indomani mattina alle ore 8.00, questo per evitare che scadano le 48 ore

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 359 di 524**

massime previste; in questo caso ci saranno due trasmissioni di referto, una alle 8, l'altra alle 10.

**6) Ricezione dei referti**

Sarebbe opportuno che l'autista ricevesse opportuna ricevuta di quanto consegnato.

**7) Conservazione documentazione**

Gli autisti consegneranno le ricevute, della consegna dei referti alla Questura, al Coordinatore Infermieristico del MCAU o suo sostituto per l'inserimento nel fascicolo di archiviazione del giorno.

**E) Problemi**

La necessità di essere sicuri sul corretto iter di consegna dei referti impedisce di avere più destinatari, pertanto tutti i referti verranno consegnati alla stessa autorità di P.G.

**F) Allegato**

Alla presente è allegato il modulo di trasmissione dei referti medici, che sarà trasmesso su carta intestata dell'U.O. di MCAU.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 360 di 524**

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana  
ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 7 – Farmaceutica  
Centro Regionale di Farmacovigilanza e Vaccinovigilanza

[Pcr 076: Documento sull'uso appropriato degli antibiotici](#)

Trapani, 09/12/2015

Oggetto: corretto uso degli antibiotici

Ai Medici  
Agli Infermieri  
MCAU  
P.O. S.A.A.

Ai medici, si allega alla presente copia della circolare ministeriale sul corretto uso degli antibiotici.

A Medici e Infermieri, si comunica che la fustella dell'antibiotico, nel caso di prodotto mono fiala, deve essere staccata dalla confezione e incollata sulla scheda di triage, per avere prontezza del lotto e della scadenza dell'antibiotico praticato.

L'antibiotico, inoltre, deve essere registrato alla stregua di stupefacenti e soluzioni ipertoniche.

Il Direttore  
U.O.C. M.C.A.U. - Trapani  
(Dott. M .G. Di Martino)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 361 di 524**

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

**Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica**

Servizio 7 – Farmaceutica

Centro Regionale di Farmacovigilanza e Vaccinovigilanza

## **Documento sull'uso appropriato degli antibiotici**

Il presente documento è stato realizzato da:

Alessandro Oteri

Daniela Cristina Vitale

Claudia Minore

Pasquale Cananzi

Claudia La Cavera

**Centro Regionale di Coordinamento di Farmacovigilanza e Vaccinovigilanza  
Servizio 7 Farmaceutica – Assessorato della Salute della Regione Sicilia**

in collaborazione con:

Luigi Galvano (*Presidente Generale Regionale – FIMMG*)

Cecilia Occhino (*Unità Operativa di Malattie Infettive, A.O.O.R. Villa Sofia – Cervello,  
Palermo*)

*Il presente documento è stato approvato dal tavolo tecnico per l'individuazione di  
percorsi*

*prescrittivi appropriati di cui al D.D.G. 2529 del 31 dicembre 2013 e smi.*

### **Sommario**

Introduzione

..... 1

Terapia empirica ragionata

..... 3

Terapia mirata

..... 3

Infezioni delle vie respiratorie

..... 4

Sinusite

..... 4

*Eziologia*

..... 4

Otite media

..... 5

*Eziologia*

..... 6

Faringite

..... 7

*Eziologia non batterica*

..... 7

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 362 di 524**

<i>Eziologia batterica</i>	8
Laringite	9
<i>Eziologia</i>	10
Tracheite	10
<i>Eziologia</i>	10
Bronchite acuta e cronica	11
<i>Eziologia</i>	11
Gestione delle infezioni respiratorie in pazienti con riacutizzazione di BPCO	13
<i>Eziologia batterica</i>	14
Polmonite acquisita in comunita	15
<i>Eziologia</i>	15
<i>Terapia antibiotica della polmonite acquisita in comunita</i>	16
Infezioni delle vie urinarie	18
<i>Eziologia</i>	19
Infezioni del tratto gastrointestinale (gastroenterite e diarrea del viaggiatore)	23
<i>Eziologia</i>	24
<i>Principi generali di terapia</i>	24
Bibliografia	25
Allegato 1. Note AIFA sugli antibiotici	27
Allegato 2. Prospetto dei costi relativi ai farmaci antibatterici inclusi nel documento	28
Allegato 3. Consumo di antibiotici in Sicilia nel 2014	30
Allegato 4. Aspetti di sicurezza degli antibiotici	32

1

**Introduzione**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 363 di 524**

Lo sviluppo dei farmaci antibiotici ha rappresentato una pietra miliare nella storia della medicina

contribuendo in maniera sostanziale alla riduzione della mortalità perinatale e all'allungamento

della vita media della popolazione. Grazie al loro profilo benefico/rischio altamente favorevole, tali

farmaci sono stati soggetti nel corso dei decenni ad un uso particolarmente intensivo, collocandosi

oggi tra le classi di medicinali a maggior impatto in termini di consumi e spesa a livello mondiale.

Tuttavia, il crescente impiego degli antibiotici per il trattamento di infezioni ad eziologia principalmente virale rappresenta la causa più frequente di inappropriata terapia a carico di

questa classe di farmaci **(1)**. Ciò comporta una grave minaccia in termini di salute pubblica per via

dello sviluppo di ceppi batterici resistenti alle comuni terapie antibiotiche che rende difficile il

trattamento di una gamma sempre più ampia di infezioni abbastanza comuni e facili da contrarre

**(2,3)**.

**Tassi di resistenza alle principali classi di antibiotici da parte dei più comuni germi batterici**

**Agente patogeno**

**Cefalosporine di**

**terza generazione**

**Fluorochinoloni Carbapenemi Meticillina Penicilline**

*Escherichia coli* 19.8% 40.5% --- ---

*Klebsiella pneumoniae* 45.9% --- 26.7% --- ---

*Staphylococcus aureus* --- --- --- 38.2% ---

*Streptococcus pneumoniae* --- --- --- --- 6.3%

*Salmonella non tifoidea* --- 11.3% --- --- ---

*Neisseria gonorrhoeae* 3.0% --- --- --- ---

Fonte: World Health Organization. Antimicrobial resistance global report on surveillance (2014).

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf)

L'uso di antibiotici per il trattamento di infezioni virali, il ricorso a molecole ad ampio spettro anche

quando disponibili antibiotici specifici per determinati patogeni, una non corretta durata della

terapia ed una sovraprescrizione rappresentano le principali cause di inappropriata prescrizione

e sono alla base della crescente resistenza a tali medicinali. Soprattutto in età pediatrica, la prescrizione di antibiotici può essere particolarmente inefficace oltre che pericolosa dato che le

patologie respiratorie infantili, come mal di gola, otite media acuta, tosse acuta, sinusite, raffreddore e bronchite acuta, sono prevalentemente causate da virus e non si risolvono con la



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 364 di 524**

terapia antibiotica **(4)**. Pertanto, l'elevata prescrizione di antibiotici in pediatria e oggi riconosciuta come un importante indicatore di inappropriata prescrizione **(5)**. Il rapporto OSMED 2013 dimostra come, in Italia, l'uso inappropriato di antibiotici nelle suddette condizioni patologiche superi il 20% dei casi fino a raggiungere il 49,3% dei pazienti affetti da laringotracheite, con un trend Nord-Sud crescente **(6)**.

2

Sotto il profilo della tutela del benessere individuale e collettivo, la problematica è resa più gravosa

dal fatto che la ricerca farmacologica negli ultimi decenni non ha esitato a sviluppare farmaci con caratteristiche

realmente innovative rispetto alle classi di antibiotici già note. Pertanto, è necessario razionalizzare

al massimo le risorse attualmente disponibili.

L'inappropriata prescrizione riguarda non solo l'aspetto quantitativo ma anche quello qualitativo

nel senso che spesso si utilizzano antibiotici molto efficaci, di "ultima generazione" per infezioni

"banali" curabili altrimenti; tale aspetto riguarda soprattutto i fluorochinoloni, le cefalosporine, gli

aminoglicosidi e le amino-penicilline, il cui uso andrebbe riservato alle infezioni complicate e severe, possibilmente sulla base dell'antibiogramma. Vanno anche considerati i possibili interventi

alternativi o di accompagnamento alla terapia antibiotica. Inoltre, il monitoraggio periodico dei

consumi, la stesura di linee guida sul corretto impiego degli antibiotici e l'attuazione di campagne

informative atte a sensibilizzare la popolazione sui rischi connessi al loro utilizzo, rappresentano

degli utili strumenti per migliorare l'appropriatezza d'uso della classe.

Alla luce di tali premesse, lo scopo del presente documento è fornire ai prescrittori un supporto

che consenta un impiego razionale ed appropriato degli antibiotici nella popolazione generale. Per

ciascuna patologia in esame, vengono incluse le terapie antibiotiche più comunemente adottate,

lasciando tuttavia ai medici la libertà prescrittiva di medicinali non inclusi nel documento ma ritenuti idonei al trattamento del singolo paziente, sempre nel rispetto delle indicazioni terapeutiche previste dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

**Principi generali della terapia antibiotica**

Procedere con un'accurata diagnosi clinica

Attendere 48 - 72 ore dall'esordio della febbre prima di iniziare la terapia antibiotica

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 365 di 524**

Ricorrere all'antibiotico solo in presenza di accertata diagnosi di infezione batterica o quando la fenomenologia di

accompagnamento (epidemiologia e clinica) suggerisce la probabilita di patologia ad eziologia batterica

Procedere ove necessario all'esecuzione di un antibiogramma per la scelta del farmaco piu appropriato

In caso di mancata esecuzione dell'antibiogramma, prescrivere l'antibiotico ritenuto piu efficace per la specifica

infezione, tenendo conto dei verosimili germi implicati e dell'eventuale resistenza agli antibiotici usati

Valutare la presenza di precedenti reazioni allergiche al farmaco o alla classe e la possibilita di eventuale reattivita

crociata con farmaci appartenenti ad altre classi terapeutiche (es. penicilline vs cefalosporine)

Effettuare un ciclo di terapia completo prima di procedere con la sostituzione dell'antibiotico scelto per mancata

risoluzione dell'infezione

Sensibilizzare i pazienti ad assumere il farmaco ad intervalli temporali costanti in modo da mantenere livelli ematici

costanti

Sensibilizzare i pazienti a non interrompere precocemente il trattamento alla scomparsa della sintomatologia

Preferire, quando presenti tra le alternative terapeutiche, i farmaci ad uso orale, limitando il ricorso a farmaci parenterali solo ai casi in cui la somministrazione orale non e praticabile (es. nausea e vomito)

3

**Terapia empirica ragionata**

Spesso un trattamento antibiotico viene iniziato senza essere a conoscenza di quale sia l'agente

eziologico responsabile dell'infezione. Si ricorre cioe alla cosiddetta terapia antibiotica empirica. Le

motivazioni alla base di una terapia empirica sono da ricercare nella difficolta a raccogliere campioni attendibili da inviare ai laboratori di analisi o ad infezioni per le quali sono noti sia l'agente eziologico (es. streptococco beta-emolitico di gruppo A nelle tonsilliti di natura batterica)

sia l'antibiotico piu adatto. Altra ragione valida consiste nelle difficolta che si possono incontrare

nel documentare un'infezione in ragione delle caratteristiche peculiari del paziente o dell'infezione

stessa o per la necessita di ricorrere ad accertamenti invasivi (biopsie, broncolavaggio ecc.) non

sempre eseguibili o accettati dal paziente.

Tuttavia, il ricorso ad una terapia antibiotica empirica puo essere la principale causa di inappropriatezza prescrittiva degli antibiotici. Per tale motivo, prima di scegliere il farmaco da

utilizzare, e opportuno effettuare delle valutazioni di natura sia clinica che epidemiologica, scegliendo il medicinale a miglior rapporto costo/beneficio per la patologia da trattare.

**Terapia mirata**

L'isolamento del batterio responsabile dell'infezione e il ricorso all'antibiogramma rappresentano il

presupposto fondamentale per la scelta di una terapia antibiotica mirata. Tuttavia, in assenza di

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 366 di 524**

una valutazione clinica del singolo paziente, non sempre tale approccio risulta efficace per i motivi

di seguito elencati:

1. la sensibilità *in vitro* non è necessariamente indicativa di efficacia *in vivo* (un antibiotico che

risulti attivo all'antibiogramma può non raggiungere concentrazioni sufficienti a livello del sito di infezione e deve essere sostituito a causa del fallimento terapeutico);

2. il batterio risulta sensibile *in vitro* ad un determinato antibiotico ma la sua concentrazione ematica, al dosaggio standard, può non essere sufficiente a contrastare l'infezione;

3. un farmaco che, all'antibiogramma, risulti particolarmente attivo nei confronti di uno specifico germe può non essere efficace nel tipo di infezione che si intende trattare a causa delle sue proprietà farmacocinetiche.

Pertanto, entrambi gli approcci sopra descritti dovrebbero essere presi in considerazione prima di

iniziare una terapia antibiotica.

4

**Infezioni delle vie respiratorie****Sinusite**

La sinusite è un processo infiammatorio acuto o cronico delle mucose dei seni paranasali, spesso

accompagnata da un'infezione primaria o secondaria **(7)**. Essa rappresenta una delle più frequenti

cause di prescrizione di antibiotici in medicina generale **(8)**. Sia la sinusite acuta che quella cronica

determinano segni e sintomi analoghi. L'area al di sopra del seno affetto può apparire tesa ed

edematosa. La sinusite mascellare causa dolore nella regione mascellare, odontalgia e cefalea

frontale. Una sinusite frontale provoca dolore e cefalea frontale. La sinusite etmoidale provoca

dolore dietro e tra gli occhi e una cefalea frontale spesso descritta come "*da scissione*". Il dolore

causato dalla sinusite sfenoidale non ha una localizzazione definita ed è riferito alla fronte o all'occipite. Può essere presente anche malessere. La febbre e i brividi suggeriscono l'estensione

dell'infezione oltre i seni.

**Eziologia**

La sinusite acuta è generalmente causata da infezioni virali del tratto respiratorio superiore **(8)**.

Soltanto il 2% dei casi viene complicato da sovrainfezioni batteriche **(8)**. I principali batteri implicati

nella patogenesi della sinusite acuta includono: *Streptococcus pneumoniae* ed *Haemophilus*

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 367 di 524**

*influenzae*. Più raramente *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* e *Streptococcus pyogenes* **(7)**.

La sinusite cronica può essere esacerbata da batteri aerobi (streptococchi, *Staphylococcus aureus*,

*Haemophilus influenzae*) o da microrganismi anaerobi (*Bacteroides*, cocchi gram-positivi, *Fusobacterium*). In una minoranza dei casi, la sinusite mascellare cronica può essere secondaria a

un'infezione dentaria **(7)**.

**Clinica della sinusite acuta**

- Febbre o malessere (nelle infezioni acute);
- Ostruzione nasale o congestione;
- Iposmia o anosmia;
- Dolore e/o eritema facciale dell'area interessata;
- Tosse persistente;
- Rinorrea;
- Astenia;
- Cefalea.

**Clinica della sinusite cronica**

- Rinorrea;
- Senso di ostruzione nasale;
- Dolenzia dell'area interessata;
- Tosse persistente con esacerbazioni notturne.

5

**Terapia antibiotica della sinusite†**

**Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

**Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina

1 gr ogni 12 ore per os

oppure

500 mg ogni 8 ore per os

40 - 90 mg/kg/*die* suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per os

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Fino a 70/10 mg/kg/*die* suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

ampicillina

2 - 3 gr/*die* in 2 - 3 somministrazioni

per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/*die* in

3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

**Lincosamidi**

lincomicina\* 500 mg ogni 8 ore per os 10 mg/kg/*die* im

**Cefalosporine**

cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/*die* ogni 8 ore per os

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 368 di 524**

80 - 100 mg/kg/die per os  
cefepodoxima 200 mg ogni 12 ore per os  
8 mg/kg/die suddivisi in due dosi per  
os

cefprozil 250 mg ogni 12 ore per os ---  
ceftibuten  
400 mg/die, unica somministrazione  
per os

9 mg/kg/die, unica somministrazione  
per os

cefuroxima 250 mg ogni 12 ore per os  
10 mg/kg/die ogni 12 ore per os fino  
ad un massimo di 125 mg

**Macrolidi**

azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os 10 mg/kg/die  
claritromicina

250 o 500 mg ogni 12 ore per os in  
funzione della gravita

15 mg/kg/die suddivisi in 2  
somministrazioni (ogni 12 ore) per os

**Fluoroquinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os ---

levofloxacina 500 mg/die per os \*\*

moxifloxacina 400 mg/die per os \*\*

prulifloxacina 600 mg/die per os \*\*

*\*solo in pazienti allergici alle penicilline o in pazienti per i quali, a giudizio del medico le penicilline non  
siano indicate*

*\*\*controindicata nei bambini*

*†la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 7 giorni*

**Otite media**

L'otite media acuta è un processo infettivo ad insorgenza improvvisa che in genere tende a  
rapida

risoluzione. Sebbene possa verificarsi a qualunque età, l'otite media è più frequente nei  
bambini

piccoli, in particolare di età tra i 3 mesi e i 3 anni di vita **(9)**. I microrganismi possono migrare  
dal

rinofaringe all'orecchio medio attraverso la mucosa della tuba di Eustachio o propagandosi  
attraverso la lamina propria, sotto forma di fenomeni cellulitici e tromboflebitici diffusi.

L'esposizione a fumo passivo è considerata un fattore di rischio **(9)**. L'approccio terapeutico  
nei

pazienti affetti da otite media è quasi esclusivamente empirico. La scelta dell'antibiotico  
migliore

6

dovrebbe tener conto sia dell'eziologia di questa patologia che dello sviluppo delle  
resistenze di

questi microrganismi nei confronti dei diversi antibiotici **(10)**.

**Eziologia**

L'eziologia dell'otite media acuta è prevalentemente batterica. I germi più frequentemente

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 369 di 524**

coinvolti sono nell'ordine: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella*

*catarrhalis* (11). Questi microrganismi sono normali colonizzatori del rinofaringe che, per alterazione dei fisiologici meccanismi di difesa, possono transitare nell'orecchio medio.

Raramente

si possono isolare stafilococchi e streptococchi di gruppo A la cui presenza è riconducibile ad una

precedente tonsillite. Nei bambini con otite cronica si riscontra frequentemente un'eziologia batterica mista che comprende sia batteri gram positivi che gram negativi, aerobi ed anaerobi. In

questi casi i microrganismi di più frequente isolamento sono: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* ed enterobatteri in particolare *Proteus mirabilis* (11).

**Clinica dell'otite media**

- Ootalgia (50-75%, soprattutto >2 anni);
- Ipoacusia (in media 25 decibel);
- Febbre (<50%);
- Otorrea purulenta da perforazione timpanica;
- Dolorabilità alla pressione dell'antitrago;
- Complicanze;
- Cronicizzazione;
- Danni otovestibolari (calo dell'udito, perforazione timpanica, colesteatoma) anche permanenti;
- Mastoidite acuta;
- Batteriemia, meningite od altre rare complicanze intracraniche (ascesso cerebrale od epidurale, empiema subdurale, trombosi del seno laterale).

**Terapia antibiotica dell'otite media**

**Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

**Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina

1 gr ogni 12 ore per os

oppure

500 mg ogni 8 ore per os

40 - 90 mg/kg/die suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per os

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Fino a 70/10 mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

ampicillina

2 - 3 gr/die in 2 - 3 somministrazioni

per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/die in

3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

**Lincosamidi**

lincomicina\* 500 mg ogni 8 ore per os 10 mg/kg/die im

7

**Cefalosporine**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 370 di 524**

cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os  
40 mg/kg/*die* ogni 8 ore per os fino  
alla dose massima giornaliera di 1 gr

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/*die* per os

cefixima

400 mg/*die*, unica somministrazione

per os

8 mg/kg/*die*, unica somministrazione

per os

cefprozil 500 mg ogni 24 ore per os 15 mg/kg ogni 12 ore per os

ceftazidima 1 - 2 g ogni 8 ore im

100 - 150 mg/kg/*die* suddivisi in 3

dosi im fino ad un massimo di 6

gr/*die*

ceftibuten

400 mg/*die*, unica somministrazione

per os

9 mg/kg/*die*, unica somministrazione

per os

ceftriaxone

Adulti e bambini > 12 anni: dose

singola da 1 - 2 gr im

Bambini < 12 anni: dose singola da

50 mg/kg im

cefuroxima 250 mg ogni 12 ore per os

10 mg/kg/*die* ogni 12 ore per os fino

ad un massimo di 125 mg

**Macrolidi**

azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os 10 mg/kg/*die* per os

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os ---

*\*solo in pazienti allergici alle penicilline o in pazienti per i quali, a giudizio del medico le penicilline non siano indicate*

*+la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 7 giorni*

**Faringite**

La faringite è un'infezione delle alte vie aeree che nel 50% dei casi presenta un'origine virale (il

100% nei bambini sotto i 4 anni) e quindi al di fuori della necessità di antibiotici. La restante parte è

dovuta prevalentemente a infezioni streptococciche (**12**). Le complicanze batteriche di iniziali

faringiti virali diventano rilevanti nell'età compresa tra 2 e 15 anni (50% dei casi).

**Eziologia non batterica**

I principali agenti virali responsabili della comparsa degli episodi di faringite acuta includono: virus

dell'apparato respiratorio, come adenovirus, virus influenzale e parainfluenzale, rhinovirus e virus



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 371 di 524**

respiratorio sinciziale. Altre cause virali di faringite acuta sono i virus coxsackie, virus ECHO (*Enteric Cytopathic Human Orphan*) e *Herpes simplex*. Il Virus di *Epstein Barr* e una causa frequente di faringite acuta nel quadro della sindrome della mononucleosi (linfadenopatia generalizzata e splenomegalia). In corso di infezioni sistemiche da cytomegalovirus, virus della rosolia, del morbillo e altri, si può presentare anche faringite acuta. Altri microrganismi patogeni come *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae* possono raramente causare faringite acuta.

8

### **Eziologia batterica**

Il più frequente agente eziologico della faringite batterica acuta è lo *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A, ma altri batteri possono esserne causa, come *Streptococchi beta-emolitici* di gruppo C e G e il *Corynebacterium diphtheriae* (**12**). La faringite da *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A è l'unica forma comune di faringite acuta per la quale esiste indicazione certa per la terapia antibiotica. *Arcanobacterium haemolyticum* è una rara causa di faringite acuta, accompagnata da rash simile a quello della scarlattina. *Neisseria gonorrhoeae* può occasionalmente, in persone sessualmente attive, causare faringite acuta; altre possibili cause rare sono batteri come *Francisella tularensis* e *Yersinia enterocolitica* e infezioni miste da anaerobi (angina di Vincent).

### **Clinica della faringite acuta**

- Esordio improvviso;
- Mal di gola;
- Febbre;
- Cefalea;
- Nausea, vomito e dolore addominale;
- Infiammazione di faringe e tonsille;
- Essudato in placche;
- Tumefazione dei linfonodi cervicali anteriori di consistenza parenchimatosa;
- Età dai 5 ai 15 anni;
- Presentazione in inverno e inizio primavera;
- Storia di esposizione a fonte nota.

### **Caratteristiche suggestive di eziologia virale**

- Congiuntivite;
- Raffreddore;
- Tosse;
- Diarrea.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 372 di 524****Terapia antibiotica della faringite****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina

1 gr ogni 12 ore per os

oppure

500 mg ogni 8 ore per os

40 - 90 mg/kg/*die* suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per os

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 12 ore per os

Da 25 mg/3,6 mg/kg/*die* a 45 mg/6,4mg/kg/*die* suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

ampicillina

2 - 3 gr/*die* in 2 - 3 somministrazioni

per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/*die* in

3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

9

**Lincosamidi**lincomicina\* 500 mg ogni 8 ore per os 10 mg/kg/*die* im**Cefalosporine**cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/*die* ogni 8 ore per os

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/*die* per os

cefixima

400 mg/*die*, unica somministrazione

per os

8 mg/kg/*die*, unica somministrazione

per os

cefprozil 500 mg ogni 24 ore per os 7,5 mg/kg ogni 12 ore per os

ceftibuten

400 mg/*die*, unica somministrazione

per os

9 mg/kg/*die*, unica somministrazione

per os

cefuroxima 250 mg ogni 12 ore per os

10 mg/kg/*die* ogni 12 ore per os fino

ad un massimo di 125 mg

**In caso di allergia agli antibiotici beta-lattamici o in caso di sovrainfezione batterica faringo-****tonsillare associata a****mononucleosi**azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os 10 mg/kg/*die* per os

claritromicina

250 o 500 mg ogni 12 ore per os in

funzione della gravita

15 mg/kg/*die* suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI

Direttore: dott. M.G. Di Martino

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 373 di 524****Nelle forme gravi complicate da ascesso peri-tonsillare****Penicilline ad ampio spettro**

piperacillina/tazobactam

2 gr/0.25 gr ogni 12 ore

oppure

2 gr/0.25 gr ogni 6 ore im

---

**Cefalosporine**

ceftriaxone

Adulti e bambini &gt; 12 anni: 2 gr ogni

24 ore im

Bambini &lt; 12 anni: 50 - 100

mg/kg/die fino ad un massimo di 4

gr/die im

Neonati fino a 2 settimane: 20-50

mg/kg/die im

*\*solo in pazienti allergici alle penicilline o in pazienti per i quali, a giudizio del medico le penicilline non siano indicate**†la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 7 giorni***Laringite**

Il principale quadro clinico di laringite batterica e l'epiglottite, che rappresenta un evento da gestire

con urgenza, data la possibilità dell'evoluzione verso l'ostruzione delle vie aeree. L'infezione, trasmessa per via respiratoria, all'inizio può presentarsi come una rinofaringite. Il processo infiammatorio può poi estendersi e interessare il tessuto sopraglottico con marcata infiammazione

dell'epiglottide nonché della vallecchia, delle pieghe ariepiglottiche, delle aritenoidi e delle false

corde. L'epiglottite riguarda tipicamente l'età infantile, può presentarsi comunque anche in età

adulta **(13)**.

10

**Eziologia**L'agente eziologico più frequente è *Haemophilus influenzae*, mentre molto raramente sono agenticausali *Streptococcus beta-emolitico* di gruppo A, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus aureus*.**Clinica della laringite**

I segni clinici che devono far sospettare l'epiglottite sono:

- Febbre;
- Stridore laringeo;
- Mal di gola;
- Odinofagia;
- Dispnea;
- Scialorrea.

*Tali segni non sono specifici e devono essere differenziati da quelli osservati durante le comuni infezioni virali***Tracheite**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 374 di 524**

La tracheite è un'infezione della trachea che può presentarsi in forma acuta o cronica.

Nel

bambino l'esordio della malattia è improvviso ed è caratterizzato da stridore respiratorio, febbre

alta e spesso abbondanti secrezioni purulente. Il bambino sembra affetto da epiglottite con grave

stato tossico e distress respiratorio che può aggravarsi rapidamente fino a richiedere l'intubazione.

La tracheite batterica è diagnosticata con la laringoscopia diretta che mostra secrezioni purulente e

infiammazione nell'area sottoglottica **(14)**.

**Eziologia**

L'eziologia della tracheite è soprattutto di origine virale. La tracheite batterica è un'eventualità rara

che si manifesta principalmente in bambini di 5 - 10 anni d'età. L'agente eziologico più frequente

della tracheite batterica è *Staphylococcus aureus*. Se la tracheite è conseguenza di infezione

ospedaliera, soprattutto in caso di soggiorno in terapia intensiva e intubazione tracheale, si tratta

in genere di ceppi meticillino-resistenti. Più raramente sono in causa *Streptococcus beta-emolitico* di

gruppo A, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*.

**Clinica della tracheite**

• I segni clinici che devono far sospettare la tracheite sono:

- Febbre;
- Stridore;
- Espettorato purulento.

11

**Bronchite acuta e cronica**

La bronchite acuta implica un'infezione delle grandi vie aeree del polmone, caratterizzata da

tosse senza polmonite. Colpisce circa il 5% degli adulti ogni anno con un'incidenza più alta durante

l'inverno e l'autunno. Essa può svilupparsi in conseguenza di un comune raffreddore o di altre

infezioni virali del nasofaringe, della gola o dell'albero tracheobronchiale, spesso con superinfezione batterica. La malnutrizione e l'esposizione a inquinanti aerei costituiscono fattori

predisponenti o concausali. Le bronchiti spesso ricorrono in pazienti con malattie broncopulmonari

croniche che deprimono il meccanismo di *clearance* muco-ciliare e possono ricorrere in quelli con

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 375 di 524**

sinusiti croniche, bronchiectasie, forme allergiche broncopolmonari o BPCO e nei bambini con

tonsille e adenoidi ipertrofiche **(15,16)**.

### **Eziologia**

I virus responsabili della bronchite acuta comprendono gli adenovirus, i coronavirus, i virus dell'influenza A e B, il virus parainfluenzale, il virus respiratorio sinciziale, il virus coxsackie A21, i

rhinovirus e i virus della rosolia e del morbillo. Anche il *Mycoplasma pneumoniae*, la *Bordetella*

*pertussis* e la *Chlamydia pneumoniae* possono essere associati a bronchiti acute infettive.

### **Clinica della bronchite acuta**

- Durante i primi giorni dell'infezione i sintomi della bronchite acuta non si distinguono da quelli di lievi infezioni delle alte vie aeree;
- Rispetto alle infezioni delle alte vie aeree, nella bronchite acuta, la tosse persiste più di 5 giorni;
- Sotto il profilo clinico, in circa il 40% dei pazienti si osserva una significativa iper-reattività bronchiale (reperti auscultatori secchi e umidi), con miglioramento in 5-6 settimane;
- La tosse persiste per 10-20 giorni ma può protrarsi anche per 4 settimane;
- In circa il 50% dei pazienti è presente espettorato purulento.

### **Terapia antibiotica di laringite e tracheite†**

#### **Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

#### **Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 12 ore per os

Da 25 mg/3,6 mg/kg/die a 45 mg/6,4

mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

#### **Lincosamidi**

lincomicina\* 500 mg ogni 8 ore per os 10 mg/kg/die im

#### **Cefalosporine**

cefalexina

2 - 3 gr/die suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/die per os

12

cefixima

400 mg/die, unica somministrazione

per os

8 mg/kg/die, unica somministrazione

per os

cefonicid 1 gr/die im

In bambini di età ≥ 2 anni 50

mg/kg/die im

cefotaxima 1 gr ogni 12 ore im 25 mg/kg ogni 12 ore im

ceftibuten

400 mg/die, unica somministrazione

per os

9 mg/kg/die, unica somministrazione

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1*  
**P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 376 di 524**

per os

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os

20 mg/kg ogni 8 ore fino ad un

massimo di 750 mg per dose per os

levofloxacina 500 mg/die per os \*\*

*\*solo in pazienti allergici alle penicilline o in pazienti per i quali, a giudizio del medico le penicilline non siano indicate**\*\*controindicata nei bambini**†la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 7 giorni***Terapia antibiotica della bronchite acuta†****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina

1 gr ogni 12 ore per os

oppure

500 mg ogni 8 ore per os

40 - 90 mg/kg/die suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per os

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Fino a 70/10 mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

ampicillina

2 - 3 gr/die in 2 - 3 somministrazioni

per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/die in

3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

**Cefalosporine**

cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/die ogni 8 ore per os

cefalexina

2 - 3 gr/die suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/die per os

cefixima

400 mg/die, unica somministrazione

per os

8 mg/kg/die, unica somministrazione

per os

cefonicid 1 gr/die im

In bambini di età  $\geq$  2 anni 50

mg/kg/die im

cefotaxima 1 gr ogni 12 ore im 25 mg/kg ogni 12 ore im

cefprozil 500 mg ogni 12 ore per os ---

ceftibuten

400 mg/die, unica somministrazione

per os

9 mg/kg/die, unica somministrazione

per os

cefuroxima

1,5 - 3 gr im/die suddivisi in 2 - 4

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 377 di 524**somministrazioni im  
30 - 100 mg/kg/die im**Macrolidi**

azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os 10 mg/kg/die

claritromicina

250 o 500 mg ogni 12 ore per os in

funzione della gravita

15 mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os

20 mg/kg ogni 8 ore fino ad un

massimo di 750 mg per dose\* per os

levofloxacina 500 mg/die per os \*\*

**Terapia antibiotica della bronchite cronica riacutizzata**

13

**Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Fino a 70/10 mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

**Cefalosporine**

cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/die ogni 8 ore per os

cefalexina

2 - 3 gr/die suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/die per os

cefepodoxima 200 mg ogni 12 ore per os 8 mg/kg/die suddivisi in due dosi

cefuroxima 500 mg ogni 12 ore per os

10 mg/kg/die ogni 12 ore per os fino

ad un massimo di 125 mg

**Fluorochinoloni**

levofloxacina 500 mg/die per os \*\*

moxifloxacina 400 mg/die per os \*\*

prulifloxacina 600 mg/die per os \*\*

*\*per infezioni broncopolmonari in corso di fibrosi cistica causate da Pseudomonas aeruginosa**\*\*controindicata nei bambini**la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 10 giorni***Gestione delle infezioni respiratorie in pazienti con riacutizzazione di BPCO**

Lo sviluppo di un'infezione a livello dell'albero bronchiale viene generalmente ritenuta la causa piu

frequente delle riacutizzazioni di BPCO. E noto infatti che oltre la meta delle riacutizzazioni sono da

attribuirsi ad una infezione batterica **(17)**. La frequenza delle riacutizzazioni accelera il declino

funzionale della BPCO. Infatti, pazienti con frequenti esacerbazioni mostrano un peggioramento

piu rapido di FEV1 e PEF con maggiori tassi di ospedalizzazione o prolungamento della degenza

**(18)**. A tal riguardo, l'uso di antibiotici e in grado di ridurre il tasso di ospedalizzazione in pazienti



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI

Direttore: dott. M.G. Di Martino

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 378 di 524**

con riacutizzazioni (**19**). La scelta dell'antibiotico dovrebbe avvenire sulla base di criteri oggettivi e soggettivi quali il grado di ostruzione in condizioni di stabilita, l'eta e l'ambiente di vita del paziente, la presenza di bronchiectasie, l'uso recente di cortisonici per via orale e la frequenza di riacutizzazioni e ospedalizzazioni.

**Clinica delle infezioni respiratorie in pazienti con riacutizzazione di BPCO**

- Incremento della dispnea;
- Respiro corto e sibilante;
- Incremento della tosse;
- Incremento dell'escreato;
- Presenza di escreato purulento;
- Astenia;
- Febbre;
- Malessere;
- Confusione mentale, cianosi, tachicardia, ipotensione.

14

**Eziologia batterica**

Gli agenti eziologici piu frequentemente riscontrati in pazienti con riacutizzazioni di BPCO in fase

precoce includono: *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxiella catarrhalis*,

*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*. Nelle fasi tardive sono stati inoltre isolati

enterobatteri e *Pseudomonas aeruginosa*.

**Terapia antibiotica delle riacutizzazioni di BPCO†****Tipo di riacutizzazione Farmaco Dose****Bronchite cronica non complicata****Cefalosporine**

cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os  
cefamandolo 0,5 - 2 g ogni 4 - 8 ore im  
cefmetazolo 1 gr im ogni 12 ore  
cefonicid 1 gr im ogni 24 ore

**Macrolidi**

azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os  
claritromicina 250 o 500 mg ogni 12 ore per os

**Riacutizzazione di****bronchite****cronica complicata****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

**Lincosamidi**

lincomicina\* 500 mg ogni 6 ore per os

**Cefalosporine**

cefotaxima 1 gr ogni 12 ore im  
ceftriaxone 1 - 2 gr ogni 24 ore im

**Fluorochinoloni**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 379 di 524**

levofloxacin 500 mg/die per os

moxifloxacin 400 mg/die per os

prulifloxacin 600 mg/die per os

**Riacutizzazione di  
bronchite cronica a  
rischio****di *Pseudomonas  
aeruginosa*****Cefalosporine**

cefepima 1 gr ogni 12 ore im

ceftazidima 1 - 3 g/die in 2 - 3 somministrazioni im

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os

prulifloxacin 600 mg/die per os

*\*solo in pazienti allergici alle penicilline o in pazienti per i quali, a giudizio del medico le penicilline non siano indicate**+la durata della terapia può variare in media dai 5 ai 10 giorni*

15

**Polmonite acquisita in comunità**

La polmonite e un'infezione degli alveoli e/o delle vie bronchiali distali e/o dell'interstizio polmonare caratterizzata da un insieme di segni e sintomi quali febbre, brividi, tosse, dolore toracico, espettorato, iper o ipotermia, tachipnea, ottusità alla percussione, soffio bronchiale,

crepitii e sibili, sfregamenti pleurici, associati ad opacità del torace alla radiografia. Ulteriori rilievi

di frequente riscontro sono nausea, vomito, malessere e mialgie. La tosse all'inizio può essere

secca, ma di solito diventa produttiva con escreato purulento, striato di sangue o rugginoso.

La

specificità della diagnosi non è assoluta poiché alcune malattie non infettive possono presentare lo

stesso quadro sintomatologico e radiologico.

La polmonite acquisita in comunità è distinta da quella acquisita in ospedale. Si presenta con un'incidenza pari a 4 - 15 casi per 1000/anno, maggiore nelle età estreme e nei mesi invernali. I

principali fattori di rischio includono: sesso maschile, età superiore a 70 anni, fumo, alcolismo,

asma bronchiale e immunodepressione. Broncoaspirazione, precedenti ricoveri, precedente terapia antibiotica e presenza di bronchiectasie sono fattori predisponenti per l'eziologia da gram

negativi, in particolare da *Pseudomonas aeruginosa*. La mortalità è inferiore all'1% nei pazienti

ambulatoriali e fra il 12 e il 14% negli ospedalizzati. È necessario distinguere i casi che possono

essere trattati ambulatorialmente da quelli potenzialmente più gravi che richiedono il ricovero

ospedaliero **(20-22)**.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI

Direttore: dott. M.G. Di Martino

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016**

Pagina 380 di 524

**Eziologia**

I principali agenti responsabili di polmonite acquisita in comunita sono: *Streptococcus pneumoniae* (20-60%), *Haemophilus influenzae* (3-10%), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e

*Legionella pneumophila* (10%) ed agenti virali (10%). In minor misura, l'infezione viene causata da

stafilococco ed enterobatteri.

**Clinica della polmonite acquisita in comunita**

- I sintomi e segni sono variabili: la polmonite acquisita in comunita puo presentarsi come paucisintomatica oppure manifestarsi con tutti i sintomi tipici;
- L'inizio puo essere insidioso oppure improvviso;
- Sintomi piu frequenti: febbre, tosse, escreato (purulento o ematico), dolore toracico pleurico, brividi, dispnea, confusione (tipico dell'anziano);
- Sintomi associati: cefalea, nausea, vomito, diarrea, mialgia, artralgie, astenia;
- Segni fisici: tachipnea, ottusita alla percussione, aumento del fremito vocale tattile alla palpazione, crepitii, soffio bronchiale.

16

**Terapia antibiotica della polmonite acquisita in comunita**

Le linee guida sul trattamento della polmonite acquisita in comunita definiscono il trattamento in

funzione delle caratteristiche clinico-anamnestiche dei pazienti e della gravita della patologia,

valutata mediante punteggi assegnati tramite il Pneumonia Severity Index (PSI), altrimenti noto

come PORT Score, un punteggio che puo essere utilizzato per stratificare la severita della polmonite e il rischio di mortalita, stratificando i pazienti in 5 classi di rischio (**23**). Per i pazienti

della classe PORT I e PORT II viene raccomandata una gestione domiciliare della polmonite.

Per la

classe PORT III il rischio e piu elevato; in tal caso il medico decidera se inviare il paziente in ospedale per un breve periodo di osservazione oppure se sussistono le condizioni cliniche per una

gestione domiciliare della patologia. Per le classi PORT IV e V il ricovero e fortemente consigliato ed

il trattamento antibiotico viene praticato esclusivamente in ambito ospedaliero.

**Classificazione PORT per la polmonite acquisita in comunita****Caratteristica****Punteggio****assegnato**

Sesso maschile Eta in anni

Sesso femminile Eta in anni - 10

Paziente ricoverato in casa di cura + 10

Paziente neoplastico + 30

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1*  
**P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 381 di 524**

Epatopatia + 20

Insufficienza cardiaca + 10

Malattia Cerebrovascolare + 10

Nefropatia + 10

Stato mentale alterato<sub>†</sub> + 20

Frequenza respiratoria  $\geq 30$  + 20

Pressione arteriosa sistolica  $< 90$  mmHg + 20

Temperatura corporea  $< 35^{\circ} C$  o  $\geq 40^{\circ} C$  + 15

Frequenza Cardiaca  $\geq 125$  bpm + 10

pH arterioso  $< 7.35$  + 30

BUN  $\geq 30$  mg/dL + 20

Sodiemia  $< 130$  mmol/L + 20

Glicemia  $\geq 250$  mg/dL + 10

Ematocrito  $< 30\%$  + 10

PaO<sub>2</sub>  $< 60$  mmHg + 10

Versamento pleurico + 10

**Classe PORT Punteggio**

Classe I ---

Classe II  $\leq 70$

Classe III 71-90

Classe IV 91-130

Classe V  $> 130$

*†il punteggio totale viene ottenuto sommando l'età del paziente (per le donne sottrarre all'età 10 anni di vita) ed il punteggio assegnato a ciascuna caratteristica*

*‡per stato mentale alterato si intende disorientamento in relazione alle persone ai luoghi o al tempo, non definito come stupore cronico o coma*

17

**Trattamento empirico della polmonite acquisita in comunità<sub>†</sub>**

**Polmonite non grave in pazienti privi di patologie o fattori di rischio concomitanti (PORT I-II)**

**Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

amoxicillina/acido clavulanico

+

azitromicina

claritromicina

1 gr ogni 8 ore per os

+

500 mg ogni 24 ore per os

500 mg ogni 12 ore per os

Fino a 70/10 mg/kg/die suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per os

+

10 mg/kg/die

7,5 mg/kg ogni 12 ore per os

**In caso di allergia agli antibiotici beta-lattamici**

ciprofloxacina 500 mg/die ogni 12 ore per os

20 mg/kg ogni 8 ore fino ad un

massimo di 750 mg per dose per os

levofloxacina 500 mg/die per os \*

moxifloxacina 400 mg/die per os \*

**Polmonite non grave in pazienti con patologie o fattori di rischio concomitanti (PORT III)**

cefaclor

+

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 382 di 524**

azitromicina  
claritromicina  
250 mg ogni 8 ore per os  
+  
500 mg ogni 24 ore per os  
500 mg ogni 12 ore per os  
20 mg/kg/die ogni 8 ore per os  
+  
10 mg/kg/die per os  
7,5 mg/kg ogni 12 ore per os  
cefalexina  
+  
azitromicina  
claritromicina  
2 - 3 gr/die suddivisi in 2 - 4  
somministrazioni per os  
+  
500 mg ogni 24 ore per os  
500 mg ogni 12 ore per os  
80 - 100 mg/kg/die per os  
+  
10 mg/kg/die  
7,5 mg/kg ogni 12 ore per os  
cefprozil  
+  
azitromicina  
claritromicina  
500 mg ogni 24 ore per os  
+  
500 mg ogni 24 ore per os  
500 mg ogni 12 ore per os  
---  
ceftazidima  
+  
azitromicina  
claritromicina  
2 gr ogni 8 ore im  
+  
500 mg ogni 24 ore per os  
500 mg ogni 12 ore per os  
30-100 mg/kg/die im  
+  
10 mg/kg/die per os  
7,5 mg/kg ogni 12 ore per os  
ceftibuten  
+  
azitromicina  
claritromicina  
200 mg ogni 12 ore, unica  
somministrazione per os  
+  
500 mg ogni 24 ore per os

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 383 di 524**

500 mg ogni 12 ore per os

9 mg/kg/*die*, unica somministrazione

per os

+

10 mg/kg/*die* per os

7,5 mg/kg ogni 12 ore per os

ceftriaxone

+

azitromicina

claritromicina

Adulti e bambini > 12 anni: 1 gr

ogni 24 ore im. Nei casi molto gravi

fino a 4 gr/*die* - unica

somministrazione

+

500 mg ogni 24 ore per os

500 mg ogni 12 ore per os

Bambini < 12 anni: 50-80 mg/kg/*die*

Neonati fino a 2 settimane: 20 - 50

mg/kg/*die* im

+

10 mg/kg/*die* per os

7,5 mg/kg ogni 12 ore per os

cefuroxima 1,5 - 3 gr im/*die* suddivisi in 2 - 4 30-100 mg/kg/*die* im

18

**Trattamento empirico della polmonite acquisita in comunità**

+

azitromicina

claritromicina

somministrazioni

+

500 mg ogni 24 ore per os

500 mg ogni 12 ore per os

+

10 mg/kg/*die* per os

7,5 mg/kg ogni 12 ore per os

*\*controindicata nei bambini*

*la durata della terapia delle polmoniti dovrà essere non inferiore a 10 giorni, tenendo conto comunque dello schema*

*terapeutico previsto per ciascun principio attivo*

**Infezioni delle vie urinarie**

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano le più comuni infezioni batteriche nella popolazione generale. Nei neonati, le infezioni delle vie urinarie sono più frequenti nei maschi che

nelle femmine e spesso si associano a batteriemia. Ciò è presumibilmente correlato alla maggiore

frequenza di anomalie congenite delle vie urinarie nei bambini di sesso maschile **(24,25)**. Tra 1 e 5

anni, l'incidenza della batteriuria è dello 0,03% circa nei maschi e dell'1-2% nelle femmine;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 384 di 524**

aumenta a circa il 5% nelle bambine di età >10 anni. Poiché nella preadolescenza l'incidenza è rara, i bambini con infezioni delle vie urinarie frequentemente hanno anomalie congenite o acquisite

delle vie urinarie. Nei bambini di età <10 anni, circa il 30-50% delle infezioni delle vie urinarie e

associato a reflusso vescico-ureterale (RVU) e a cicatrici renali, che possono condurre all'insufficienza renale se non trattate. Le IVU in età pediatrica, ancor più se ricorrenti, debbono

essere sottoposte a un *work-up* diagnostico. Le infezioni complicate sono considerate quelle dell'infanzia e dell'adolescenza, quelle del maschio adulto e quelle associate a condizioni che aumentano il rischio d'infezione o di fallimento terapeutico (anomalie strutturali o funzionali dell'apparato genito-urinario o in presenza di malattia sottostante); in tali casi la terapia, ove possibile, deve essere suggerita dalle indagini batteriologiche e deve durare almeno sette giorni.

Tra i 20 e i 50 anni, le IVU sono circa 50 volte più frequenti nelle donne. L'incidenza aumenta negli

uomini e nelle donne > 50 anni; il rapporto donna:uomo diminuisce come risultato dell'aumentata

frequenza di patologie prostatiche **(26,27)**.

Nelle IVU, in particolare quelle recidivanti, l'educazione del paziente ad una corretta pratica igienica, l'uso di fermenti lattici che modificano la flora intestinale o l'eventuale ricorso a prodotti

fitoterapici (es. mirtillo rosso), capaci di inibire l'adesività dei batteri responsabili dell'infezione (es.

*Escherichia Coli*) all'epitelio delle vie urinarie, possono evitare o ritardare il ricorso alla terapia

antibiotica.

19

### **Eziologia**

I batteri aerobi gram negativi sono responsabili della maggior parte delle IVU. L'*Escherichia coli* è il

batterio più frequentemente isolato, responsabile di circa l'80% delle infezioni acquisite in comunità, seguito dallo *Staphylococcus saprophyticus* associato al 10% dei casi. Nei pazienti

ospedalizzati, l'*Escherichia coli* è responsabile di circa il 50% dei casi, seguito dai gram negativi

*Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* e *Serratia* (circa il 40% dei casi) e dai cocci gram positivi

*Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus sp.*

### **Clinica delle IVU**

- **Uretrite:** l'esordio è graduale e i sintomi sono lievi. Gli individui di sesso maschile si presentano solitamente con secrezione uretrale mentre le donne manifestano di solito disuria,



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 385 di 524**

pollachiuria e piuria;

- **Cistite:** l'insorgenza è di solito improvvisa. La cistite generalmente provoca pollachiuria, disuria, stranguria, iscuria e riduzione della diuresi. L'urina può essere torbida e presentare macroematuria;

- **Prostatite:** la prostatite batterica acuta è caratterizzata da brividi, febbre, pollachiuria, dolore perineale e lombare, vari sintomi di ostruzione minzionale, disuria, nicturia e talvolta macroematuria. La ghiandola prostatica, all'esplorazione rettale, può presentarsi aumentata di volume e dolente. Nella prostatite cronica il paziente presenta batteriuria ricorrente o febricola con fastidio in regione lombare o pelvica;

- **Pielonefrite acuta:** generalmente, l'insorgenza della sintomatologia è rapida e caratterizzata da brividi, febbre, dolore lombare, nausea e vomito. Sintomi di infezione delle basse vie urinarie (p. es. pollachiuria, disuria), si verificano contemporaneamente in un terzo dei pazienti.

20

**Terapia antibiotica delle IVU non complicate;****Uretrite****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina 3 gr unica somministrazione per os

40 - 90 mg/kg/*die* suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per

os

ampicillina

2 - 3 gr/*die* in 2 - 3

somministrazioni per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/*die*

in 3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

**Cefalosporine**

ceftibuten\*

400 mg/*die*, unica

somministrazione per os

9 mg/kg/*die*, unica

somministrazione per os

**Tetracicline**

doxiciclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 24 ore per os

\*\*

minociclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 12 ore per os

---

**Macrolidi**azitromicina 500 mg ogni 24 ore per os 10 mg/kg/*die* per os**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 mg come dose singola per os \*\*\*

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 386 di 524****Sulfonamidi e trimetoprim**cotrimossazolo 160+800 mg/*die* ogni 12 ore per os

Bambini &lt; 12 anni:

80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml/*die* ogni

12 ore per os

**Cistite****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina 3 gr unica somministrazione per os

40 - 90 mg/kg/*die* suddivisi in 3

somministrazioni (ogni 8 ore) per

os

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Da 25 mg/3,6 mg/kg/*die* a 45mg/6,4 mg/kg/*die* suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per

os

ampicillina

2 - 3 gr/*die* in 2 - 3

somministrazioni per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/*die*

in 3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

21

piperacillina/tazobactam

2 gr/0.25 gr ogni 12 ore

oppure

2 gr/0.25 gr ogni 6 ore im

---

**Cefalosporine**cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/*die* ogni 8 ore

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/*die* per os

cefprozil 500 mg ogni 24 ore per os ---

cefuroxima 250 mg ogni 12 ore per os

15 mg/kg/*die* ogni 12 ore per os

fino ad un massimo di 250 mg

**Tetracicline**

doxiciclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 24 ore per os

\*\*

minociclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 12 ore per os

---

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 250 - 500 mg ogni 12 ore per os \*\*\*

levofloxacina 250 mg/*die* per os \*\*

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 387 di 524**

norfloxacina 400 mg x 2 *die* per os Non consigliata

prulifloxacina

600 mg unica somministrazione per

os

\*\*

**Sulfonamidi e trimetoprim**

cotrimossazolo

160/800 mg/*die*, in 1 o 2

somministrazioni giornaliere per os

Bambini < 12 anni:

80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml/*die*, in 1

o 2 somministrazioni giornaliere

per os

**Altri antibatterici**

fosfomicina 3 gr unica somministrazione per os 2 gr unica somministrazione per os

nitrofurantoina 50 - 100 mg ogni 6 ore per os \*\*

**Prostatite acuta e cronica**

**Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

**Penicilline ad ampio spettro**

piperacillina/tazobactam

2 gr/0.25 gr ogni 12 ore

oppure

2 gr/0.25 gr ogni 6 ore im

---

**Cefalosporine**

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/*die* per os

**Tetracicline**

22

*\*farmaco di seconda scelta nelle uretriti acute gonococciche non complicate*

*\*\* controindicata nei bambini*

*\*\*\*in presenza di infezioni complicate delle vie urinarie*

*La durata della terapia delle infezioni delle vie urinarie dovrà essere non inferiore a 5 giorni, tenendo conto comunque*

*dello schema terapeutico previsto per ciascun principio attivo*

doxiciclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 24 ore per os

\*\*

minociclina

200 mg ad inizio terapia, poi 100

mg ogni 12 ore per os

---

**Fluoroquinoloni**

ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore per os \*\*\*

levofloxacina 500 mg/*die* per os \*\*

**Sulfonamidi e trimetoprim**

cotrimossazolo

160/800 mg/*die*, in 1 o 2

somministrazioni giornaliere per os

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 388 di 524**

Bambini &lt; 12 anni:

80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml/*die*, in 1

o 2 somministrazioni giornaliere

per os

**Pielonefrite acuta****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

amoxicillina/acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore per os

Da 25 mg/3,6 mg/kg/*die* a 45mg/6,4 mg/kg/*die* suddivisi in 2

somministrazioni (ogni 12 ore) per

os

ampicillina

2 - 3 gr/*die* in 2 - 3

somministrazioni per os

Bambini 0 - 5 anni: 100 mg/kg/*die*

in 3 somministrazioni

Bambini 5 - 11 anni: 500 mg ogni 8

ore

**Cefalosporine**cefaclor 250 mg ogni 8 ore per os 20 mg/kg/*die* ogni 8 ore per os

cefalexina

2 - 3 gr/*die* suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/*die* per os

cefuroxima 250 mg ogni 12 ore per os

15 mg/kg/*die* ogni 12 ore per os

fino ad un massimo di 250 mg

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore per os

Da 10 a 20 mg/kg ogni 12 ore per

os fino ad un massimo di 750 mg

per dose

levofloxacina 500 mg/*die* per os \*\*norfloxacina 400 mg x 2 *die* per os Non consigliata**Altri antibatterici**

nitrofurantoina 50 - 100 mg ogni 6 ore per os \*\*

23

**Terapia antibiotica delle IVU complicate†****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica****Penicilline ad ampio spettro**

piperacillina/tazobactam

2 gr/0.25 gr ogni 12 ore

oppure

2 gr/0.25 gr ogni 6 ore im

---

**Cefalosporine**

cefixima

400 mg/*die*, unica

somministrazione per os

8 mg/kg/*die*, unica

somministrazione per os

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 389 di 524**

cefalexina

2 - 3 gr/die suddivisi in 2 - 4

somministrazioni per os

80 - 100 mg/kg/die per os

cefepima

Adulti e bambini &gt; 12 anni 0.5 - 1

gr ogni 12 ore im

---

cefonicid 1 gr/die im

In bambini di eta ≥ 2 anni 50

mg/kg/die im

cefotaxima 1 gr ogni 12 ore im 25 mg/kg ogni 12 ore im

ceftazidima 1 - 2 g ogni 8 ore im

100 - 150 mg/kg/die suddivisi in

3 dosi im fino ad un massimo di 6

gr/die

ceftibuten

400 mg/die, unica

somministrazione per os

9 mg/kg/die, unica

somministrazione per os

ceftriaxone

Adulti e bambini &gt; 12 anni: 2 gr

ogni 24 ore im

Bambini &lt; 12 anni: 50 - 100

mg/kg/die fino ad un massimo di

4 gr/die

Neonati fino a 2 settimane: 20 -

50 mg/kg/die im

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina 500 - 750 mg ogni 12 ore per os

Da 10 a 20 mg/kg ogni 12 ore per

os fino ad un massimo di 750 mg

per dose

levofloxacina 500 mg/die per os \*

prulifloxacina 600 mg/die per os \*

*\*controindicata nei bambini**la durata della terapia delle infezioni delle vie urinarie dovrà essere non inferiore a 5 giorni, tenendo conto comunque**dello schema terapeutico previsto per ciascun principio attivo***Infezioni del tratto gastrointestinale (gastroenterite e diarrea del viaggiatore)**

La gastroenterite è un'inflammatione della mucosa dello stomaco e dell'intestino che si manifesta

prevalentemente con sintomi del tratto gastrointestinale (anoressia, nausea e vomito, diarrea e

disturbi addominali). L'infezione è di solito autolimitante. Se i sintomi non regrediscono entro 48

ore può essere indicato l'esame colturale e la ricerca di patogeni nelle feci. La gastroenterite del

viaggiatore si riscontra solitamente a seguito del consumo di acque locali non purificate,

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 390 di 524**

caratterizzate da un'elevata carica di agenti patogeni endemici **(28)**.

24

**Eziologia**

La gastroenterite puo essere causata da diversi batteri, virus o parassiti. L'agente patogeno piu

comunemente riscontrato nella diarrea del viaggiatore e l'*Escherichia coli* enterotossigenico,

frequentemente presente in acque non purificate. Altri patogeni comunemente riscontrati includono *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni* e *Yersinia enterocolitica*.

**Principi generali di terapia**

La terapia di supporto e la piu importante. L'assunzione di liquidi risulta fondamentale per prevenire la disidratazione e l'eccessiva perdita di elettroliti. L'ingestione di bevande astringenti

puo essere di utile per controllare la sintomatologia. In caso di eccessiva perdita di liquidi si puo

ricorrere all'infusione endovenosa di soluzioni idrosaline.

**Clinica delle infezioni del tratto gastrointestinale**

- La nausea, il vomito, i dolori addominali crampiformi e la diarrea iniziano da 12 a 72h dopo l'ingestione dei cibi o dell'acqua contaminati;

- La gravita puo essere variabile;

- Alcuni soggetti possono presentare febbre e mialgie;

- La maggior parte dei casi e lieve ed autolimitante.

*Nei casi più gravi i pazienti possono manifestare disidratazione con perdita di elettroliti*

**Terapia antibiotica delle infezioni del tratto gastrointestinale****Farmaco Dose adulti Dose pediatrica**

ciprofloxacina

500 mg ogni 12 ore per os per 3

giorni

---

cotrimossazolo

160/800 mg/*die* per os, in 1 o 2

somministrazioni giornaliere

Bambini &lt; 12 anni:

80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml/*die* per os,

in 1 o 2 somministrazioni giornaliere

rifaximina\* 200 mg ogni 6 ore per os

Nei bambini &lt; 12 anni la posologia

non puo essere indicata

*\*da impiegare solo se l'infezione è persistente e in assenza di febbre. Data l'assenza di specifica indicazione*

*terapeutica, l'utilizzo della rifaximina nella patologia intestinale secondaria a diverticolite-diverticolosi è da considerarsi*

*off-label e quindi non a carico del SSN.*

25

**Bibliografia**

1. Hawker JI, et al. Trends in antibiotic prescribing in primary care for clinical syndromes subject to

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 391 di 524**

national recommendations to reduce antibiotic resistance, UK 1995-2011: analysis of a large database of primary care consultations. J Antimicrob Chemother. 2014;

2. Goessens H, et al. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005; 365: 579-87;

3. Van de Sande-Bruinsma N, et al. European Surveillance System Group and European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. Emerg Infect Dis 2008; 14: 1722-30;

4. Holstiege J, et al. Systemic antibiotic prescribing to paediatric outpatients in 5 European countries: a population-based cohort study. BMC Pediatr. 2014;14:174;

5. Atti ML, et al. Clinical, social and relational determinants of paediatric ambulatory drug prescriptions due to respiratory tract infections in Italy. Eur J Clin Pharmacol 2006; 62:1055–1064;

6. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2013. Disponibile sul sito AIFA al seguente link: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2013>

7. Ah-See KW, Evans AS. Sinusitis and its management. BMJ. 2007;334:358-61;

8. Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and treatment of acute bacterial rhinosinusitis. Evid Rep Technol Assess (Summ) 1999;9:1-5;

9. Coker TR, et al. Diagnosis, Microbial Epidemiology, and Antibiotic Treatment of Acute Otitis Media in Children: A Systematic Review. JAMA. 2010;304:2161-2169;

10. Williams RL, et al. Use of antibiotics in preventing recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion. A meta-analytic attempt to resolve the brouhaha. JAMA.1993;270:1344-51;

11. Kubba H, et al. The aetiology of otitis media with effusion: a review. Clin Otolaryngol. 2000;25:181-94;

12. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001 Jan 18;344:205-11;

13. Wood JM, Athanasiadis T, Allen J. Laryngitis. BMJ. 2014;349:g5827;

14. Johnson DW. Croup. BMJ Clin Evid. 2014 Sep 29;2014;

15. Wark P. Bronchitis (acute). BMJ Clin Evid. 2011. pii: 1508;

16. McIvor RA, Tunks M, Todd DC. COPD. BMJ Clin Evid. 2011;

17. Sethi S. Infectious etiology of acute exacerbations of chronic bronchitis. Chest 2000;117(Suppl 2):380s-5s;

18. Donaldson GC, et al. Relationship between frequency and long function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002;57:847-52;

19. Anthonisen NR, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1987;106:196-204;

20. Loeb M. Community-acquired pneumonia. BMJ Clin Evid.;2010. pii: 1503;

21. Lim WS, Levy ML, Macfarlane JT; British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia Guidelines



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 392 di 524**

Committee. Community acquired pneumonia. Management in primary care. BMJ. 2010; 341:c4469;

22. Mandell L. Community acquired pneumonia. BMJ. 2010;341:c2916;

23. Fine MJ, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N

Engl J Med. 1997;336:243-50;

24. Buonsenso D, Cataldi L. Urinary tract infections in children: a review. Minerva Pediatr. 2012;64:145-57;

25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Acute management of urinary tract infection

in children (February 2014). Disponibile al seguente link:

<http://pathways.nice.org.uk/pathways/urinary-tract-infection-in-children/acute-management-of-urinary-tract-infection-in-children>

26

26. Grigoryan L, Trautner BW, Gupta K. Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: a review. JAMA. 2014;312:1677-84;

27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract

infection in adults (July 2012). Disponibile al seguente link: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign88.pdf>

28. World Gastroenterology Organisation (WGO) practice guideline: Acute diarrhea (March 2008). Disponibile al seguente link:

[http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/01\\_acute\\_diarrhea.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/01_acute_diarrhea.pdf)

.

27

**Allegato 1. Note AIFA sugli antibiotici****Nota AIFA 55 Principi attivi**

La prescrizione a carico del SSN degli antibiotici iniettabili per l'uso comunitario e limitata alle seguenti condizioni:

- trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetricoginecologiche, ossee e articolari;
- trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi.

Tobramicina

Piperacillina + Tazobactam

Piperacillina

Netilmicina

Mezlocillina

Gentamicina

Ceftazidima

Cefepima

Ampicillina + Sulbactam

Amikacina

**Nota AIFA 56\* Principi attivi**

La prescrizione a carico del SSN e limitata:

al trattamento iniziato in ambito ospedaliero

- la scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 393 di 524**

alternative terapeutiche. Cio non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuita assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio;  
al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica

- qualora il trattamento sia iniziato dal MMG e subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche.

Teicoplanina

Rifabutina

Imipenem + Cilastatina

Aztreonam

*\*La limitazione della prescrivibilita all'ambito ospedaliero o da parte del MMG con il supporto di indagini*

*microbiologiche e finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di*

*resistenza batterica ai principi attivi.*

28

**Allegato 2. Prospetto dei costi relativi ai farmaci antibatterici inclusi nel documento****Principio attivo ATC Confezione di riferimento****Prezzo di riferimento**

(€)\*

**Costo/unita**

(€)

**Costo/die**

(€)\*\*

**Tetracicline**

doxiciclina J01AA02 10 unita 100 mg - uso orale 2,35 0,24 0,24 (0,47)†

minociclina J01AA08 8 unita 100 mg - uso orale 4,95 0,62 1,24

**Penicilline ad ampio spettro**

ampicillina J01CA01 1 unita 1000 mg - uso parenterale 1,07 1,07 1,07

ampicillina J01CA01 12 unita 1000 mg - uso orale 3,11 0,26 0,52

amoxicillina J01CA04 12 unita 500 mg - uso orale 1,90 0,16 0,48

amoxicillina J01CA04 12 unita 1000 mg - uso orale 3,27 0,27 0,55

piperacillina J01CA12 1 unita 1000 mg - uso parenterale 3,28 3,28 6,56

piperacillina J01CA12 1 unita 2000 mg - uso parenterale 4,44 4,44 8,88

amoxicillina + acido clavulanico J01CR02 12 unita (875+125) mg - uso orale 7,90 0,66 1,32

piperacillina + tazobactam J01CR05 1 unita (2+0,25) g - uso parenterale (ev) 6,66 6,66 13,32 - 26,64

**Cefalosporine**

cefalexina J01DB01 8 unita 500 mg - uso orale 3,33 0,42 1,67 - 5,00

cefalexina J01DB01 8 unita 1000 mg - uso orale 7,07 0,88 3,54 - 10,61

cefuroxima J01DC02 12 unita 250 mg - uso orale 5,60 0,47 0,93

cefuroxima J01DC02 6 unita 500 mg - uso orale 5,60 0,93 1,87

cefuroxima J01DC02 1 unita 1000 mg - uso parenterale 3,07 3,07 6,14 - 9,21

cefamandolo J01DC03 1 unita 1000 mg - uso parenterale 3,44 3,44 10,32 - 20,64

cefaclor J01DC04 8 unita 500 mg - uso orale 5,21 0,65 0,98

cefaclor J01DC04 6 unita 750 mg - uso orale 9,16 1,53 1,53

cefonicid J01DC06 1 unita 500 mg - uso parenterale 2,63 2,63 5,26

cefonicid J01DC06 1 unita 1000 mg - uso parenterale 2,36 2,36 2,36

cefmetazolo J01DC09 1 unita 1000 mg - uso parenterale 6,59 6,59 13,18

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 394 di 524**

cefprozil J01DC10 6 unita 500 mg - uso orale 8,65 1,44 2,88  
 cefotaxima J01DD01 1 unita 1000 mg - uso parenterale 3,40 3,40 6,80  
 ceftazidima J01DD02 1 unita 1000 mg - uso parenterale 4,63 4,63 13,89 - 27,78  
 ceftriaxone J01DD04 1 unita 1000 mg - uso parenterale 4,96 4,96 4,96 - 9,92  
 cefixima J01DD08 5 unita 400 mg - uso orale 9,66 1,93 1,93  
 cefpodoxima J01DD13 6 unita 200 mg - uso orale 8,77 1,46 2,92  
 ceftibuten J01DD14 6 unita 400 mg - uso orale 22,97 3,83 3,83  
 cefepima J01DE01 1 unita 500 mg - uso parenterale 4,82 4,82 9,64  
 29

**Principio attivo ATC Confezione di riferimento****Prezzo di riferimento**

(€)\*

**Costo/unità**

(€)

**Costo/die**

(€)\*\*

**Cefalosporine**

cefepima J01DE01 1 unita 1000 mg - uso parenterale 8,54 8,54 17,08

**Sulfonamidi e trimetoprim**

cotrimossazolo J01EE01 16 unita 960 Mg - Uso Orale 3,72 0,23 0,47

**Macrolidi**

claritromicina J01FA09 12 unita 250 mg - uso orale 2,53 0,21 0,42

claritromicina J01FA09 14 unita 500 mg - uso orale 10,35 0,74 1,48

claritromicina J01FA09 7 unita 500 mg - uso orale (rilascio prolungato) 7,98 1,14 1,14 - 2,28

azitromicina J01FA10 3 unita 500 mg - uso orale 6,32 2,11 2,11

**Lincosamidi**

lincomicina J01FF02 12 unita 500 mg - uso orale 5,46 0,46 1,37

lincomicina J01FF02 1 unita 600 mg - uso parenterale 2,38 2,38 4,76 - 7,14

**Fluorochinoloni**

ciprofloxacina J01MA02 10 unita 250 mg - uso orale 3,91 0,39 0,78

ciprofloxacina J01MA02 6 unita 500 mg - uso orale 6,79 1,13 2,26

ciprofloxacina J01MA02 12 unita 750 mg - uso orale 18,43 1,54 3,07

norfloxacina J01MA06 14 unita 400 mg - uso orale 3,97 0,28 0,57

levofloxacina J01MA12 5 unita 250 mg - uso orale 3,90 0,78 0,78

levofloxacina J01MA12 5 unita 500 mg - uso orale 6,25 1,25 1,25

moxifloxacina J01MA14 5 unita 400 mg - uso orale 8,75 1,75 1,75

prulifloxacina J01MA17 5 unita 600 mg - uso orale 20,57 4,11 4,11

**Altri antibatterici**

fosfomicina J01XX01 2 unita 3000 mg - uso orale 6,51 3,26 3,26

**Antibatterici intestinali**

rifaximina A07AA11 12 unita 200 mg - uso orale 8,32 0,69 2,77

*\*prezzi aggiornati al 14/05/2015**\*\*costo/die riferito agli schemi posologici riportati nel RCP di ciascun farmaco. Per farmaci con schemi posologici variabili è stato calcolato il range dei costi**†costo per il primo giorno di terapia*

30

**Allegato 3. Consumo di antibiotici in Sicilia nel 2014**

Nel 2014 sono state dispensate 9.511.350 confezioni di antibiotici per una spesa lorda convenzionata pari a € 76.991.790 (10,5% della spesa farmaceutica sostenuta in Italia per gli antibiotici). E' stato inoltre osservato un consumo

mensile pari a 24,5 DDD/1000 assistiti/die, superiore rispetto alle 21,8 DDD/1000 assistiti/die relative al dato nazionale.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 395 di 524**

Le classi di farmaci a maggior impatto in termini di consumi e spesa a in Sicilia sono state le cefalosporine, seguite dalle penicilline e dai chinoloni (tabella 1).

**Tabella 1. Consumo e spesa di antibiotici in Sicilia nel 2014****Classe di farmaci ATC Numero di confezioni Spesa lorda DDD/1000 ass/die****Tetracicline J01A** 52.497 € 315.634 0,2**Amfenicoli J01B** 224 € 1.826 < 0,1**Antibatterici beta-lattamici, penicilline J01C** 2.429.139 € 19.457.020 12,2**Altri antibatterici beta-lattamici J01D** 3.642.200 € 26.543.278 2,9**Sulfonamidi e trimetoprim J01E** 50.930 € 193.605 0,2**Macrolidi, lincosamidi e streptogramine J01F** 1.257.190 € 10.827.720 4,7**Antibatterici aminoglicosidi J01G** 133.224 € 655.108 < 0,1**Antibatterici chinolonici J01M** 1.541.048 € 14.855.460 3,8**Altri antibatterici J01X** 404.898 € 4.142.139 0,4

La tabella 2 riporta i 10 principi attivi maggiormente utilizzati in Sicilia. Il ceftriaxone, seguito dall'amoxicillina in associazione ad inibitori enzimatici e dalla levofloxacina sono stati i farmaci col maggior consumo in termini di confezioni dispensate. In particolare, il ceftriaxone è il farmaco che presenta il maggior scostamento percentuale

rispetto alla media nazionale (+81.7%) in termini di DDD/1000/assistiti/die (figura).

**Tabella 2. Consumo e spesa di antibiotici in Sicilia nel 2014 (primi 10 principi attivi)****Principio attivo ATC Numero di confezioni Spesa lorda DDD/1000 ass/die****Ceftriaxone J01DD04** 2.370.031 € 13.922.384 0,65**Amoxicillina ed inibitori enzimatici J01CR02** 1.713.159 € 15.694.364 9,47**Levofloxacina J01MA12** 780.998 € 5.824.254 2,08**Ciprofloxacina J01MA02** 563.745 € 5.882.625 1,15**Claritromicina J01FA09** 529.138 € 5.814.119 3,16**Cefixima J01DD08** 462.067 € 5.502.001 1,27**Azitromicina J01FA10** 439.852 € 3.401.232 1,21**Amoxicillina J01CA04** 433.839 € 1.761.221 2,60**Fosfomicina J01XX01** 393.266 € 3.695.516 0,43**Prulifloxacina J01MA17** 109.895 € 2.260.534 0,30

31

**Scostamento percentuale (DDD/1000 ass/die) rispetto alla media nazionale dei primi 10 principi attivi**

32

**Allegato 4. Aspetti di sicurezza degli antibiotici****Classe di farmaci ATC Principali effetti collaterali****Tetracicline J01A**

Displasia e decolorazione dello smalto dei denti, epatotossicità, nefrotossicità

**Amfenicoli J01B** Mielotossicità**Antibatterici beta-lattamici, penicilline J01C**

Sensibilizzazione e allergia crociata (penicilline con cefalosporine), reazioni di ipersensibilità, anafilassi, epatotossicità (prevalentemente legata agli inibitori delle beta-lattamasi)

**Altri antibatterici beta-lattamici J01D** Reazioni cutanee**Sulfonamidi e trimetoprim J01E**

Alterazioni a carico delle vie urinarie, disordini emopoietici, eruzioni cutanee

**Macrolidi, lincosamidi e streptogramine J01F**

Epatotossicità, prolungamento dell'intervallo QT, interazioni a livello del citocromo P450 (CYP3A4 eritromicina, claritromicina)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 396 di 524**

non azitromicina)

**Antibatterici aminoglicosidi J01G** Reazioni allergiche, disturbi vestibolari, ototossicità, nefrotossicità

**Antibatterici chinolonici J01M**

Danno a cartilagini in accrescimento, rottura del tendine di achille

prolungamento dell'intervallo QT

**Altri antibatterici J01X**

Reazioni allergiche (polimixine), sindrome dell'uomo rosso

(vancomicina)

**Note Informative Importanti pubblicate sul sito AIFA negli anni 2009-2014 sugli antibiotici:**

- [Nota Informativa Importante su Doribax \(doripenem\) \(11/07/2012\)](#)
- [Nota Informativa Importante sui medicinali a base di piperacillina/tazobactam \(15/11/2011\)](#)
- [Nota Informativa Importante su Tygacil \(tigeciclina\) \(24/03/2011\)](#)
- [Nota Informativa Importante su Daptomicina \(Cubicin\) \(21/01/2011\)](#)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 397 di 524**

## **Pr.077: Procedura intraossea**

### **Destinatari**

Medici e infermieri MCAU

### **Introduzione**

L'infusione intraossea è una metodica introdotta negli anni '20 e proposta come accesso vascolare di emergenza nel trattamento dell'arresto cardiocircolatorio nel paziente pediatrico.

Le linee guida di European Resuscitation Council, dell'autunno 2005, e diversi articoli e revisioni propongono l'accesso intraosseo per la somministrazione di liquidi e farmaci a pazienti in shock ipovolemico o in arresto cardiocircolatorio e quando non è possibile ottenere, in tempi brevi, un accesso vascolare tradizionale.

### **Criteria di scelta della tecnica**

La tecnica deve essere applicata se dopo due tentativi o entro 2-4 minuti non si riesce a ottenere un valido accesso venoso.

Si ribadisce che l'utilizzo dell'accesso intraosseo è accettato per il trattamento del paziente adulto e pediatrico in arresto cardiocircolatorio o in grave stato di compromissione emodinamica e ai pazienti che presentano evidenti criteri clinici di gravità (fratture open book di bacino, fratture di due o più ossa lunghe, Revised Trauma Score <11, Glasgow Coma Scale <12 o ustioni profonde ed estese).

Con l'utilizzo di una sacca a pressione è possibile infondere farmaci e soluzioni fino a 160 ml/minuto.

### **Sede di applicazione**

Le sedi d'inserzione indicate nel paziente adulto sono il grande tuberoleso sulla testa dell'omero, la tibia prossimale (due dita sotto e due dita lateralmente alla tuberosità tibiale), il perone distale a livello del malleolo laterale esterno.

Nel bambino (<4 anni) tibia prossimale (due dita sotto la tuberosità, sulla faccia mediale), il femore distale, un dito sopra il bordo patellare superiore a ginocchio esteso.

### **Controindicazioni**

- Sospetta frattura dell'arto su cui si vuole applicare la tecnica;
- Recente (ultime 24-48h) tentativo di posizionamento di un accesso intraosseo nello stesso distretto osseo;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 398 di 524**

- Progresso intervento chirurgico (es.: protesi di ginocchio);
- Osteogenesi imperfetta;
- Osteoporosi;
- Infezione /ferita o escoriazione sporca o contaminata dei tessuti molli al punto d'inserzione;
- Difficoltà nel reperire i punti di reperi.

**Tecnica**

Posizionare la gamba estesa e individuare la tuberosità tibiale mediante palpazione.

L'inserimento del set ago EZ-IO AD deve aver luogo a circa 1 cm, medialmente rispetto alla tuberosità tibiale, presente sulla porzione ampia e pianeggiante della tibia.

Pulizia e disinfezione accurata del sito di puntura e preparare, se possibile, campo sterile.

Eventuale infiltrazione anestetica locale (la manovra è dolorosa).

Prelevare il trapanatore ET-10 dal carrello emergenza, sala B.

Nella confezione sono presenti aghi di 3 misure:

- ✓ Rosso, mm 15, il più piccolo, da utilizzare nei pazienti pediatrici peso 3-39 Kg;
- ✓ Azzurro, mm 25, pazienti >kg 60 circa;
- ✓ Giallo, mm 45, pazienti adulti.

- 1) Montare l'ago sul trapano.
- 2) Individuare il punto dove introdurre l'ago.
- 3) Tenere il manipolo EZ-IO in una mano e tenere fermo l'arto con l'altra.
- 4) Porre il manipolo sul sito di inserimento, con il set ago posto a 90 gradi rispetto alla superficie dell'osso.
- 5) Azionare delicatamente il set ago finché la punta dell'ago tocca l'osso.
- 6) Controllare che siano visibili almeno 5 mm di catetere come indicato dall'indicatore della profondità prossimale.

Se sono visibili meno di 5 mm di catetere, è possibile che vi sia una quantità eccessiva di tessuto molle sul sito tibiale e che il set ago non sia in grado di raggiungere lo spazio midollare.

- 7) Penetrare la corticale dell'osso premendo il grilletto del manipolo e applicando una pressione leggera e stabile verso il basso.
- 8) Rilasciare il grilletto del manipolo e interrompere il processo d'inserimento quando:



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 399 di 524**

- a) Si avverte un improvviso cedimento al momento dell'accesso nello spazio midollare.
  - b) La flangia del set ago tocca la cute.
  - c) Si raggiunge la profondità desiderata.
- 9) Rimuovere il manipolo e lo stiletto tenendo fermo l'attacco del set ago con una mano mentre si scollega il manipolo dal set ago.
  - 10) Rimuovere lo stiletto dal catetere tenendo fermo ancora una volta l'attacco con una mano e ruotando lo stiletto in senso antiorario con l'altra.
  - 11) Verificare la stabilità del catetere.
  - 12) Verificare che il catetere sia in posizione eretta a 90 gradi rispetto all'osso e che sia saldamente posizionato al suo interno.

**Nota:** se il sito di inserimento non supera i test di cui sopra, rivalutare i punti di riferimento anatomici e prendere in considerazione la rimozione e lo smaltimento del catetere, quindi ripetere la procedura con un nuovo set ago nell'estremità opposta o in un altro sito appropriato.

- 13) Collegare il set di estensione eZ-connect® (se disponibile) al blocco luer dell'attacco del catetere o direttamente il set flebo.
- 14) All'attacco del catetere è possibile collegare qualsiasi set di estensione o tubo di somministrazione standard.

Non collegare una siringa direttamente all'attacco del catetere EZ-IO, ciò può causare l'allargamento del foro presso il sito d'inserimento e il rischio di stravaso provocato dal movimento del catetere.

**Irrigare il catetere con 10 ml di soluzione fisiologica.**

- 15) Importante: prima di irrigare il catetere, prendere in considerazione l'aspirazione di una piccola quantità di sangue per confermare il posizionamento.
- 16) Prima dell'irrigazione, prendere in considerazione l'iniezione di lidocaina (senza conservanti) per via intraossea nel caso di pazienti coscienti.  
La mancata irrigazione del catetere intraosseo può determinare una situazione nella quale il trattamento ha luogo con un flusso limitato o inesistente.
- 17) **Per eseguire il prelievo ematico, dopo l'irrigazione prelevare 5-10 cc di sangue e buttarli insieme alla siringa, eseguire quindi il prelievo**
- 18) Dopo l'irrigazione del catetere intraosseo, somministrare i fluidi o i farmaci prescritti.
- 19) Fissare in posizione con il materiale dedicato o con una normale medicazione o cerotto trasparente semipermeabile il kit.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 400 di 524****Permanza**

L'accesso intraosseo è un presidio di emergenza, può essere utilizzato per un **massimo di 24 ore**.

E' consigliato sospendere l'infusione intraossea nel momento in cui si è riusciti a ottenere un accesso venoso stabile e ben funzionante (centrale o periferico).

**Nel caso di trasferimento in altra U.O. di paziente con ago intraosseo posizionato, lasciare in consegna che l'ago deve essere rimosso entro 24 ore e il personale del P.S. deve farsi carico dell'eliminazione dell'ago, quindi lasciare apposite consegne scritte.**

**Rimozione**

La rimozione del catetere viene eseguita ruotando, in senso antiorario, e tirando l'ago, con modica forza, fino alla sua completa rimozione, quindi medicare.

**Complicanze**

Lo stravasato di liquidi, legato all'infusione a pressione, è una complicanza riportata in una percentuale del 12% mentre l'osteomielite risulta essere piuttosto rara (0,6%); l'embolia grassosa, documentata in modelli animali, non è mai stata riportata nell'uomo.

**Acquisizione e mantenimento del privilegio**

Tutto il personale medico e infermieristico è istruito, anche, con prove di simulazione all'uso del trapanatore e alla gestione del catetere intraosseo.

Appositi corsi formativi di U.O. saranno approntati per il personale di nuova assegnazione.

Tutto il personale, almeno ogni 4 mesi deve eseguire una prova di simulazione, e tal fine i formatori saranno il Direttore dell'U.O., dott. Scuderi, Sammartano, Di Bona, Drago, Coordinatore Infermieristico, I.P. Cacioppo, .....

La dott.ssa Pollina e la dott.ssa Cucchiara, rispettivamente responsabili della qualità e del rischio clinico controlleranno il rispetto del punto precedente.

Il personale medico e infermieristico, prima dello scadere del privilegio, deve rivolgersi a uno dei formatori e eseguire la manovra.

Apposita certificazione verrà consegnata all'interessato e trasmessa alla Direzione di Presidio.

Apposito elenco sarà tenuto dal Direttore dell'UO. E del Coordinatore Infermieristico attraverso i responsabili della qualità e del rischio clinico.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 401 di 524**

La valutazione annuale terrà conto del mantenimento dei privileges.

**La stessa regola sarà introdotta per i seguenti protocolli:**

Codice rosso e massaggiatore cardiaco esterno

Uso del defibrillatore

CPAP

Videolaringoscopia

**Bibliografia**

- Drinker CK, Drinker KR, Lund CC. The circulation of the mammalian bone marrow. *Am J Physiol* 1922;62:1-92
- [http://www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C02\\_Cardiocircolatoria/VidacareD\\_FUManCivilian\\_IT-sm.pdf](http://www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C02_Cardiocircolatoria/VidacareD_FUManCivilian_IT-sm.pdf)
- Consortium on Intraosseous Vascular Access in Healthcare Practice; Recommendations for the Use of Intraosseous Vascular Access for Emergent and Nonemergent Situations in Various Health Care Settings: A Consensus Paper; *Crit Care Nurse December 2010 vol. 30 no. 6 e1-e7*
- Rosetti V, Thompson BM, Miller J, et al. Intraosseous infusion: an alternative route for pediatric intravenous access. *Ann Emerg Med*.1985;14:885-888
- Fowler RL et al.; 1,199 case series: powered introsseous insertion provides safe and effective vascular access for emergency patients; *Annals of Emergency Medicine*, volume 52, issue 4, Supplement, Page S152, October 2008
- Montez D et al., Pain Management with the use of IO *JEMS* Wednesday, September 1, 2010
- Ruiz-Hornillos PJ, Systemic fibrinolysis through intraosseous vascular access in ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 2011 Jun;57(6):572-4. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.09.011. Epub 2010 Oct 13.
- Barnard EBG, Rapid sequence induction of anaesthesia via the intraosseous route: a prospective observational study. *Emerg Med J* doi:10.1136/emered-2014-203740
- Burgert JM, Intraosseous infusion of blood product and epinephrine in an adult patient in hemorrhagic shock. *AANA J* 2009 Oct;77(5):359-63
- Knuth TE, Paxton JH, Myers D; Intraosseous injection of iodinated computed tomography contrast agent in an adult blunt trauma patient; *Ann Emerg Med* 2011 Apr;57(4):382-6
- Ong ME et al. An observational, prospective study comparing tibial and humeral intraosseous access using the EZ-IO. *Am J Emerg Med*. 2009 Jan;27(1):8-15. doi: 10.1016/j.ajem.2008.01.025
- Belletti E., Gentile I., Lubrano R. L'accesso intraosseo nell'emergenza pediatrica. *Pillola d'emergenza*. SIMEUP. 2011 Oct; 38:1
- Bloch SA, Bloch AJ, Silva P. Adult intraosseous use in academic emergency departments and simulated comparisons of emergency vascular access techniques. *Ann Emerg Med* 2010; 56(3):152

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 402 di 524**

- Brenner T et al. Comparison of two intraosseous infusion systems for adult emergency medical use Resuscitation. 2008 Sep; 78(3): 314-9
- Gazin N, Auger H, Jabre P et al. Efficacy and safety of the EZ-IOTM intraosseous device: Out-of-hospital implementation of a management algorithm for difficult vascular access. Resuscitation 2010; 82:126-9
- Gordon M D. Recommendations for the use of Intraosseous Vascular Access for emergent and nonemergent situations in various health care settings: a consensus paper. Journal of Pediatric Nursing 2011; 26:85-90
- Heitham T., Bruce C., David W., et al. Post\_injury Multiple Organ Failure: the role of the Gut. Shock 2001; 15:1-10
- Luck RP, Haines C., Mull CC. Intraosseous acces. J Emerg Med 2010; 56(3): 141
- Molin R, Hallas P, Brabrand M, Schmidt TA: Current use of intraosseous infusion in Danish emergency departments: a cross-sectional study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2010; 18: 37
- Oscar Boscarol. Accesso Vascolare Intraosseo – B.I.G.
- Ottomano M. Italian Resuscitation Council; L'accesso intraosseo; Trauma Journal Club. 2012 Apr; 5:10-14
- Shavit I, Hoffmann Y, Galbraith R, Waisman Y. Comparison of two mechanical intraosseous infusion devices: a pilot, randomized crossover trial Resuscitation. 2009 Sep; 80:1029-33

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 403 di 524**

## Pr78: Protocollo Dolore Toracico

Destinatari

Medici e Infermieri MCAU Trapani

### **Introduzione**

Il dolore toracico è uno dei più comuni e complessi sintomi per i quali i pazienti afferiscono ai dipartimenti di emergenza; secondo alcuni studi americani esso è causa del 5-7% del totale degli accessi; presso il nostro MCAU rappresenta il 13% del totale degli accessi, ossia, statistiche

anno	Totale triagiati	Dolore toracico	Problemi cardiologici	Cardiopalmò	Totale	Incidenza %	Curve eseguite
2014	33727	3596	8	720	4304	12,76	3110
2015	34116	3421	10	695	4126	12,09	3010

Il dolore toracico comprende un'ampia varietà di etiologie, di presentazioni e di quadri clinici, da quelli banali a quelli che sono ad alto rischio per la vita, fortunatamente, solamente una bassa percentuale dei pazienti che si presentano con questo sintomo ha un problema rischioso per la vita.

E' evidente l'importanza di definire procedure cliniche efficaci nella stratificazione dei pazienti a rischio e nel riconoscimento dei pazienti con sindrome coronarica acuta in tempi utili per il trattamento di riperfusione più opportuno in UTIC ovvero escludere l'origine coronarica del dolore e avviarli su altri percorsi diagnostici o dimetterli in tempi contenuti (12-24 ore).

Circa fisiopatologia, diagnosi differenziale e tutto il materiale informativo si rimanda alle pubblicazioni sull'argomento perché la trattazione di questi punti, all'interno di un protocollo, lo appesantirebbe con dispersione delle notizie utili.

### **Accesso al Pronto Soccorso Con 118**

Il paziente con dolore toracico o comunque con problema cardiologico (bradicardia, aritmia, ecc.), se portato da ambulanza medicalizzata, dovrebbe giungere con ECG eseguito e trasmesso alla cardiologia di Trapani, e con

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 404 di 524**

precise disposizioni da parte del cardiologo che ha eseguito la consulenza (telefonica).

Se il paziente non avesse eseguito quanto previsto dal protocollo rete IMA, ossia ECG e consulenza cardiologica telefonica, il medico che prende in cura il paziente dovrà chiedere spiegazioni al medico/infermiere dell'ambulanza e comunicare l'accaduto al medico di centrale e al Direttore del MCAU Trapani.

In caso di IMA STEMI il pz. sarà accompagnato direttamente in emodinamica, dal personale, medico e non, **del 118**, le operazioni di registrazione al triage saranno eseguite appena possibile.

### **Mai ritardare l'assistenza al paziente urgente per problemi burocratici!**

In caso di IMA non stemi saranno le condizioni del pz. e l'affollamento del PS a stabilire chi accompagnerà il pz. in UTIC, restando sempre opportuno che fosse accompagnato, in ogni caso, dal personale del 118.

Sul punto si rimanda alle linee guida pubblicate sulla rete IMA, per maggiori informazioni o chiarimenti.

## **Accesso spontaneo**

### **Triage**

È considerato "dolore toracico" qualsiasi dolore che interessa qualsiasi punto del tronco compreso fra i piani passanti, in alto, sul margine inferiore della mandibola, in basso, sui margini sotto costali (vedi protocollo triage).

**Il triagista deve valutare la qualità del dolore (improvviso e severo), l'irradiazione (specialmente alla schiena) e l'intensità all'insorgenza (massima).**

**L'infermiere, inoltre, deve valutare, descrivere e registrare se i polsi radiali sono simmetrici o asimmetrici** e la loro ritmicità o aritmicità.

Il tempo zero sarà rappresentato dal momento di comparsa del dolore o di sua modifica in senso peggiorativo (questa considerazione è valida per tutte le valutazioni del dolore) o di variazioni di sede, pertanto il momento zero è un tempo che si sposta in avanti con la modifica del sintomo dolore, riferita dal paziente.

Nella scheda "dolore toracico" del triage è prevista la valutazione, anche, di eventuali fattori di rischio in modo che il codice attribuito abbia una relazione con la stadiazione del rischio infarto.

Sono valutati, quindi, anche, storie di flebiti o fattori predisponenti l'embolia polmonare oltre che storie di pneumopatie o cardiopatie o ipertensione.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 405 di 524**

Tutti i dati anamnestici devono essere registrati, non basta attribuire codice giallo, al fine di avere un quadro anamnestico infermieristico completo.

La registrazione, dei parametri sopra descritti, deve essere eseguita nell'apposito campo note, della scheda triage, quindi restare in memoria del programma.

Infine, la scheda di triage, sottoscritta dal paziente, proteggerà tutta la filiera degli operatori da eventuali modifiche strumentali dell'anamnesi.

**Post triage**

L'infermiere di post triage o, in sua assenza, quello addetto all'OBI ha il compito di eseguire l'ECG a tutti i pazienti con problemi cardiologici (schede dolore toracico, problema cardiologico, perdita di coscienza, ecc.) codice giallo/verde/ bianco, portando il paziente in sala "C", possibilmente entro 10' dall'arrivo al triage.

L'infermiere che esegue l'ECG dovrà controllare, descrivere e registrare se i polsi radiali sono simmetrici, ritmici o patologici (specificando), **eseguendo un secondo controllo** da registrare sulla scheda triage a penna, se non è possibile registrarsi digitalmente.

Nel caso di **tracciato negativo e assenza di sintomi "sentinella"** il pz. sarà riaccompagnato in sala d'attesa e attenderà lì il proprio turno per la visita.

Compito dell'infermiere è di dire al paziente che il tracciato non presenta alterazioni degne di nota, tranquillizzandolo.

Se il tracciato è **positivo e/o sono** presenti sintomi "sentinella", l'infermiere che ha eseguito l'ecg, allenterà il medico facendogli vedere l'ecg e/o raccontando il sintomo sentinella e seguirà le indicazioni date dal sanitario che prende in cura il paziente.

**Diagnosi Differenziale**

Si ritiene di non dover approfondire oltre l'argomento (come da premessa) e si elencano, semplicemente, le diagnosi differenziali suddividendole in potenzialmente pericolose per la vita e non

**Cause di dolore toracico potenzialmente minacciose per la vita**

- Sindromi coronariche acute
- Infarto miocardico acuto
- IMA con sopraslivellamento del segmento ST
- IMA senza sopraslivellamento del segmento ST
- Angina instabile
- Embolia polmonare



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 406 di 524**

Dissezione aortica

Miocardite (causa più comune di morte improvvisa nel giovane)

Pneumotorace iperteso

Sindrome toracica acuta (nell'anemia a cellule falciformi)

Pericardite

Sindrome di Boerhaave (perforazione esofagea)

**Cause comuni di dolore toracico non pericolose per la vita**

Gastro-intestinali

- Colica biliare
- Reflusso gastro-esofageo
- Malattia ulcerosa peptica

Polmonari

- Polmonite
- Pleurite

Sindromi della parete toracica

- Dolore muscolo-scheletrico
- Costo-condrite
- Radiculopatia toracica
- Fitta di Texidor (sindrome dell'intrappolamento precordiale)

Psichiatriche

- Ansia

Herpes zoster

La stratificazione del rischio è la chiave dell'approccio della medicina d'urgenza.

È necessario ricordare tutte le possibilità e valutarne la probabilità senza escluderne alcuna aprioristicamente.

**CLINICA non SCA****Dissecazione aortica**

Il dolore di solito è a insorgenza improvvisa (83%), severo o "il peggiore mai avvertito" (90%), è spesso definito come acuto (64%) o terribile (50%). Leggermente più probabile che il dolore sia alla parte anteriore del torace (60%), poi alla parte posteriore (53%) ed è meno probabile che sia di natura migrante (16%) o che s'irradi (28%). Benché il dolore migrante possa verificarsi in una minoranza di casi, sospettate la dissezione aortica nei pazienti che hanno modificazioni del quadro clinico, come in quelli che lamentano dolore toracico, poi lombare, poi addominale.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 407 di 524**

I pazienti che lamentano dolore toracico insieme con un deficit neurologico possono avere una dissezione che occlude un'arteria cerebrale o spinale.

**Perciò, è utile rivolgere tre domande base riguardo al dolore di un paziente: la qualità (improvviso e severo), l'irradiazione (specialmente alla schiena) e l'intensità all'insorgenza (massima).**

Queste tre domande permettono di avere il sospetto in oltre il 90% dei casi reali.

Si ricorda che la dissezione aortica e l'IMA possono coesistere nello stesso paziente.

Sospettare, sempre, la dissecazione aortica in caso di dolore toracico con asimmetria dei polsi radiali.

**Embolia polmonare**

Tutti gli emboli polmonari provengono da trombosi venose in un altro distretto.

Le fonti più comuni degli emboli polmonari sono le vene pelviche e le vene profonde della coscia, più raramente le flebiti delle vene dell'arto superiore.

I trombi si formano nelle vene profonde delle gambe, del bacino o delle braccia e possono dislocarsi ed embolizzare verso le arterie polmonari.

I sintomi della PE sono vari: Raramente si riscontra la triade clinica classica, rappresentata da dolore toracico pleurico, dispnea ed emottisi.

L'emottisi è il sintomo meno probabile dei tre.

La dispnea è il sintomo più comune.

La descrizione classica, dolore di tipo pleurico, dispnea ed emottisi, indica la presenza d'infarto polmonare embolico e molto più comune nei pazienti ospedalizzati che in quelli ambulatoriali.

E' importante notare che i pazienti del DEA (ovvero ambulatoriali) con EP spesso si presentano con dispnea senza dolore.

Un altro sintomo frequentemente descritto da alcuni pazienti è una sensazione di disagio o di ansietà e/o una sensazione di "morte imminente".

**I sintomi di embolie, emodinamicamente significative, possono essere, paradossalmente, più difficili da attribuire alla PE se il medico d'urgenza non è attento a includere questa patologia nella diagnosi differenziale.**

Il dolore sottosternale anginoso si verifica soltanto nel 4% delle EP e l'irradiazione alle braccia o alla mandibola è nettamente inusuale.

Le possibili conseguenze di una PE non diagnosticata e i rischi associati all'esposizione a radiazioni ionizzanti e/o mezzi di contrasto, correlati

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 408 di 524**

all'esecuzione degli accertamenti radiologici necessari per la diagnosi di questa patologia, devono essere sempre comparati.

A oggi sono stati sviluppati diversi strumenti decisionali.

La Scala di Wells (vedi tabella) è il criterio più diffuso per la valutazione del rischio E.P..

Scala di Wells.			
Criteri			Punti
Sospetto DVT			3.0
Le diagnosi alternative appaiono meno probabili della PE			3.0
Frequenza cardiaca > 100 /m'			1.5
Immobilità o intervento chirurgico nelle 4 settimane precedenti			1.5
Precedenti DVT/PE			1.5
Emottisi			1.0
Tumori maligni (durante il trattamento, trattati negli ultimi 6 mesi o in cura palliativa)			1.0
Intervallo (Punti)	Probabilità di PE (%)	% con questo punteggio	Interpretazione del rischio
Interpretazione tradizionale (si suggerisce l'uso dell'interpretazione alternativa)			
0-1	3.6 (2.0-5.9)	40.3	Basso
2-6	20.5 (17.0-24.1)	52.6	Moderato
> 6	66.7 (54.3-77.6)	7.1	Alto
Interpretazione alternativa			

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 409 di 524****Scala di Wells.**

0-4	7.8 (5.9-10.1)	71.5	PE improbabile
> 4	40.7 (34.9-46.5)	28.5	PE probabile

È disponibile uno strumento on-line per calcolare il punteggio della scala Wells per la PE:  
<http://www.mdcalc.com/wells-criteria-for-pulmonary-embolism-pe/>

L'esame del D-dimero può essere utile per escludere la EP nei pazienti a basso rischio.

**Rottura dell'esofago**

La rottura dell'esofago (o sindrome di Boerhaave) è una patologia rara, ma potenzialmente letale.

La maggior parte dei casi di sindrome di Boerhaave si verifica dopo l'endoscopia o, meno comunemente, dopo il vomito.

La maggior parte dei pazienti si presenta con dolore toracico o addominale, e il reperto più comune all'esame obiettivo è la diminuzione dei rumori respiratori.

Potrebbe essere presente aria nel sottocutaneo del torace o della base del collo. La radiografia del torace è lo strumento di controllo più sensibile.

**Esami diagnostici**

- Radiografia del torace
- Elettrocardiogramma (ECG)
- Emogasanalisi arteriosa
- Dosaggio del D-dimero
- Angio-TC polmonare (CTPA)
- Ecocardiogramma

**Rx Torace**

La radiografia del torace è un altro esame utile e accessibile.

Circa il 14-23% delle radiografie del torace nei pazienti del DEA con dolore toracico influenza il trattamento.

La radiografia del torace è utilizzata soprattutto per valutare cause alternative che giustifichino la sintomatologia presente.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 410 di 524**

Deve essere eseguita ogni qualvolta si ritiene che il dolore toracico possa derivare da lesioni del parenchima polmonare o essere legato a patologia mediastinica.

**D-dimero**

Il D-dimero si forma durante la degradazione della fibrina ed è generalmente elevato nei pazienti con PE.

I campioni di D-dimero possono essere suddivisi in 2 tipi: qualitativi e quantitativi.

I test qualitativi hanno sia una bassa sensibilità per la PE che una bassa confrontabilità ed il loro utilizzo non è al momento raccomandato per la diagnosi della PE.

I test quantitativi sono raccomandati per escludere la PE in pazienti selezionati.

È importante identificare il sottogruppo di pazienti per il quale è appropriato utilizzare questi esami (vedi scala di Wellis).

Un altro limite del D-dimero è che il risultato può essere alterato da numerosi fattori, aumentando, quindi, il numero di falsi positivi o falsi negativi.

In pazienti a basso rischio di PE, che abbiano condizioni che potrebbero innalzare il D-dimero, un risultato negativo potrebbe essere utile per escludere la diagnosi, ma un valore positivo potrebbe determinare problemi interpretativi.

Considerato il rischio di danni correlati all'utilizzo di accertamenti radiologici avanzati, i pazienti a basso rischio di PE potrebbero essere valutati, solo, con il D-dimero.

**Fattori che possono aumentare o diminuire l'accuratezza dell'esame D-dimero nella diagnosi dell'embolia polmonare.**

**Possono causare un D-dimero falsamente positivo**

- Tumore e metastasi
- Recente intervento chirurgico
- Infezioni (come polmonite o sepsi)
- Gravidanza

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 411 di 524**

**Fattori che possono aumentare o diminuire l'accuratezza dell'esame D-dimero nella diagnosi dell'embolia polmonare.**

- Età > 70 anni
- Coagulazione intravascolare disseminata
- Trauma
- Trombosi arteriosa
- Sindrome coronarica acuta/infarto miocardico
- Crisi vaso-occlusiva da anemia falciforme
- Evento cerebrovascolare acuto
- Fibrillazione atriale
- Vasculite
- Flebite superficiale
- Possono causare un D-dimero falsamente negativo
- Sintomi di embolia polmonare per > 3 d
- Piccola embolia polmonare
- Uso di anticoagulanti

### **Angio-TC Polmonare – CTPA (angiografia polmonare tomografica computata)**

La CTPA è diventata il principale esame radiologico per la diagnosi della PE ed è la scelta maggiormente approvata sia dai medici sia dai radiologi, mostra una sensibilità del 100% e una specificità del 96%, portando a una rapida adozione della CTPA come principale strumento radiologico per la diagnosi della PE.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 412 di 524**

Naturalmente devono essere opportunamente valutati i rischi da esposizione a radiazioni ionizzanti e quelli legati al mezzo di contrasto.

**Elettrocardiografia**

L'ECG è l'esame diagnostico più importante nella valutazione del paziente con dolore toracico.

E' utile nei processi morbosi che vanno dall'EP all'IMA.

Molte decisioni cliniche critiche sono basate sull'interpretazione dell'ECG da parte del medico d'urgenza.

L'accesso a precedenti tracciati ECG può velocizzare la scoperta di un IMA e previene ricoveri ospedalieri non necessari nei pazienti con anomalie ECG di base.

Si ricorda, per inciso, che nel nostro ps tutti gli ECG sono archiviati elettronicamente ed è possibile consultarli.

**L'ECG iniziale, da solo, potrebbe non essere sensibile per identificare le sindromi coronariche acute.**

L'U.O. è dotata di elettrocardiografi a 12 derivazioni, con capacità di diagnosi, che sono regolati nel modo più sensibile possibile, pertanto se indicano patologia, questa potrebbe non essere presente (falsi positivi), tali regolazioni dovrebbero permettere di evitare i falsi negativi.

Si ricorda che la letteratura parla di una frequenza di ecg negativo e presenza di s.c.a. in atto intorno all'1%, di conseguenza mai fidarsi del singolo ecg negativo senza inquadralo nel quadro clinico del paziente.

Sull'ECG sono descritti, inoltre, i valori del PR, l'ampiezza del QRS, il QT e il QTc, l'asse elettrico e l'onda T.

Tali dati dovrebbero permettere una più facile lettura dell'ECG.

Il tracciato, inoltre, permette di avere una rappresentazione grafica del tratto ST, in cui i valori sono disegnati all'interno di due grafici, uno per le derivazioni precordiali, l'altro per le periferiche.

Si ricorda, per inciso, che l'*optimum* del modello di sopra-slivellamento del segmento ST consiste in almeno 1 mm di sopra-slivellamento in una o più derivazioni inferiori/laterali e almeno 2 mm di sopra-slivellamento in una o più derivazioni antero-settali.

derivazioni	SEDE
D2, D3, aVF	inferiori
V1, V2, V3, V4	Anteriore/anterosettale
V5, V6, aVL	Laterale



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 413 di 524**

V1-V6

Antero/laterale

Le onde T alte e strette (a picco) possono essere il primo segno di IMA. Benché il sopra-slivellamento acuto del segmento ST obblighi a un approccio diagnostico e terapeutico aggressivo, la sua assenza non dovrebbe rassicurare.

ECG *completamente* normale può essere utile.

Il valore predittivo negativo di un ECG “completamente, assolutamente, gelidamente normale” è di circa il 99% per escludere l'IMA.

Maggiori informazioni sui test specialistici sull'argomento.

***Trabocchetti nell'interpretazione***

Parecchi fattori possono rendere difficile la diagnosi ECGgrafica d'ischemia.

La ripolarizzazione precoce, i blocchi di branca, i ritmi da pace-maker, l'aneurisma ventricolare, l'emorragia intra-cranica e l'ipertrofia ventricolare sinistra con o senza modificazioni della ripolarizzazione possono dare il sopraslivellamento del tratto ST.

Altri reperti che simulano l'IMA all'ECG comprendono la pericardite, l'ipotermia e i disordini elettrolitici, la sindrome da sopraslivellamento dell'ST che mostrano gli aneurismi del ventricolo sinistro, l'IMA con sopraslivellamento atipico dell'ST.

Esistono dei criteri per diagnosticare l'ischemia acuta in presenza di blocco di branca sinistro, alcuni implementati nella diagnosi proposta dal sistema elettronico di analisi dell'ECG.

L'accesso agli ECG precedenti e/o il monitoraggio continuo del tratto ST possono essere di particolare utilità per identificare le modificazioni ECG dinamiche che rappresentano la lesione miocardica nel blocco di branca sinistro.

**Esami di laboratorio****Emocromocitometrico completo e quadro elettrolitico**

Benché alcuni medici richiedano di routine un quadro elettrolitico e un emocromo completo, nei pazienti che lamentano dolore toracico questi esami raramente influenzano la decisione clinica.

L'emocromo di routine non è economicamente efficace e non è raccomandato nei pazienti che lamentano dolore toracico.

Tuttavia, quando i segni clinici (pallore della cute e delle mucose, positività delle feci per l'emoglobina, ecc.) suggeriscano l'anemia, un dosaggio dell'emoglobina può immediatamente dirigere gli interventi clinici.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 414 di 524**

Si deve garantire, comunque, un emocromo basale anche ai pazienti che saranno sottoposti alla terapia di ri-perfusione.

**Marcatori cardiaci specifici**

I marcatori biologici cardiaci, che includono la mioglobina, il CK-MB, la troponina T, S e I, sono proteine rilasciate nella circolazione come risultato della necrosi delle cellule miocardiche.

Qualsiasi processo che determini la morte delle cellule miocardiche (fra questi la miocardite, i tossici, i traumi, l'IMA e la sepsi) può innalzare questi marcatori.

Si ritiene solitamente che sia il CK-MB sia la troponina richieda almeno 6-9 ore, dopo l'inizio dei sintomi, per diventare assolutamente affidabili nell'identificazione di un IMA (sebbene la stima dei cambiamenti nella concentrazione dei marcatori biologici piuttosto che il valore assoluto possa provvedere all'individuazione precoce dell'IMA).

Traducendo, considerare sempre come paziente a rischio quello in cui gli enzimi si sono modificati e alla presenza di valori in incremento, ancorché negativi, non abbassare la guardia e richiedere un ulteriore prelievo.

Alla presenza di valori che si modificano, considerare, sempre, la curva come positiva e agire di conseguenza.

**Attenzione**

Sebbene la combinazione dei marcatori bioumorali, cardiaci e degli ECG seriati sia molto efficace nell'identificazione di un IMA, l'angina instabile rappresenta una sfida diagnostica molto più problematica.

La diagnosi tempestiva e critica, poiché molti pazienti con angina instabile avranno un IMA o decederanno entro un anno, il maggior numero entro le prime due settimane dalla comparsa dei sintomi.

Solo un terzo dei pazienti con angina instabile avrà i marcatori bioumorali positivi durante le prime 24 ore, e la maggior parte dipenderà dai test da sforzo.

Il Medical College of Virginia ha progettato un metodo pratico di stratificazione del rischio di sindrome coronaria acuta, utilizzando un approccio a cinque livelli.

**I pazienti del livello 1** includono quelli con un sovraslivellamento del tratto ST che richiede una ri-perfusione d'emergenza.

**I pazienti del livello 2** (rischio elevato) hanno i marcatori bioumorali positivi, un'elevazione transitoria del segmento ST, una depressione del tratto ST o una CAD nota con sintomi tipici. Questi pazienti richiedono il ricovero in terapia intensiva con un trattamento medico aggressivo.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 415 di 524**

**I pazienti del livello 3** (rischio intermedio) hanno una probabilità moderata di angina instabile, sono asintomatici e non hanno un ECG diagnostico.

**I pazienti del livello 4** (basso rischio) hanno una bassa probabilità di angina instabile e un ECG normale o non diagnostico.

**I pazienti del livello 5** hanno un dolore cardiaco che clinicamente non risulta di origine cardiaca.

Sono i pazienti a rischio intermedio e basso – livello 3 e 4 – che traggono beneficio da un protocollo per il dolore toracico impostato nell'ambito del DEA.

La personalità del medico di guardia gioca un ruolo importante nelle decisioni riguardanti i pazienti con dolore toracico. In uno studio, i medici d'urgenza furono indicati come “cercatori di rischi”, “refrattari ai rischi”, e a “medio rischio”, in base ad una serie di test psicologici. I medici “refrattari ai rischi” ricoverarono un numero di pazienti con dolore toracico quattro volte maggiore rispetto ai medici “cercatori di rischi”.

**Trabocchetti**

- 1) Età: non esiste correlazione con l'età, si osservano IMA e SCA anche in età intorno ai 18 anni;
- 2) Epigastralgia: un dolore simile a un bruciore o a un'indigestione si associa spesso a una malattia cardiaca nei pazienti a rischio intermedio (più frequentemente di un dolore di tipo opprimente) e la diminuzione del dolore con un cocktail GI non è diagnostica;
- 3) BBS: è molto difficile (qualcuno dice quasi impossibile) diagnosticare un IMA in presenza di un blocco di branca sinistro;
- 4) Attenzione alla diagnosi differenziale pleurite, ima, embolia polmonare
- 5) Attenzione all'ECG gravemente alterato in presenza di dolore, potrebbe trattarsi di dissecazione aortica;
- 6) Una sola serie di enzimi non è sufficiente per escludere un IMA;
- 7) Il dolore della dissecazione è improvviso e grave ed è spesso massimale all'inizio, ma diversamente non si adatta alla descrizione “classica”. Effettuare un esame obiettivo dettagliato ricercando il deficit dei polsi o alterazioni neurologiche, esaminate attentamente la radiografia del torace per modificazioni mediastiniche e richiedete un'angiografia TC quando la diagnosi rimane incerta;
- 8) Non dare per scontato che sia un dolore toracico legato a uso di cocaina. Fino al 6% dei pazienti con un dolore toracico associato all'uso di cocaina può avere un IMA;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 416 di 524**

- 9) In presenza di tosse o emoftoe pensare sempre all'embolia polmonare. Pazienti con un'EP frequentemente hanno febbre e possono presentarsi con un infiltrato alla lastra del torace;
- 10) L'ipertrofia del ventricolo sinistro con cambiamenti della ripolarizzazione rimane un ECG ad alto rischio;

## **Registrazione del tracciato ECG grafico durante l'osservazione del paziente**

Un'altra arma a disposizione del medico del MCAU di Trapani è il monitoraggio dell'ecg durante tutta la permanenza del pz. in obi.

Naturalmente perché l'esame abbia valore sotto il profilo medico legale, questo deve essere opportunamente documentato.

Poiché il sistema di registrazione conserva i dati per un tempo massimo di 10/15 giorni, devono essere conservati, nel fascicolo paziente i referti dell'ecg continuo eseguito, sul documento devono essere presenti le generalità del paziente e gli orari, oltre che la data.

Le macchine deputate alla registrazione segnalano le variazioni dell'ecg e del tratto S-T in particolare con opportuni segnali acustici e distinguendo fra alterazioni pericolose per la vita e no.

Tali segnali, visivi, sono riportati in tutti i monitor satelliti siti, anche, nella sala relax, Coordinatore Infermieristico e Direttore U.O.

### Protocollo operativo

#### A) Al triage

- 1) Registrazione dei dati personali del paziente, compreso n. Di telefono
- 2) Registrazione dell'anamnesi infermieristica
- 3) Registrazione dei caratteri dei polsi radiali
- 4) Esecuzione dell'ecg nel più breve tempo possibile, possibilmente entro 10', dall'arrivo i P. S.
- 5) In caso di codice rosso applicare tale protocollo;
- 6) In caso di segni di pericolo (esempio asimmetria dei polsi, storia clinica d'ima/trombosi venosa profonda, ECG positivo) allertare il primo medico libero;
- 7) Altrimenti riaccompagnare il pz in sala d'attesa;

#### B) Sala visita

- 1) Visitare il pz
- 2) Eseguire ECG se non fatto

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 417 di 524**

- 3) Valutare tutte le possibili cause
- 4) Chiedere, se ritenuto utile, la visione dell'ecg da parte del cardiologo ovvero eseguire consulenza cardiologica (**se si decide di fare la curva degli enzimi cardiaci, una consulenza cardiologica deve essere eseguita, sempre, prima del secondo prelievo**);
- 5) Valutare la richiesta di altri esami ematochimici, radiologici o consulenze;
- 6) Ricordarsi di procurarsi un accesso venoso sulla vena brachiale sin risparmiando la destra per eventuale accesso per la coronarografia;

**C) O. B. I.**

- 1) L'infermiere controllerà che terapie eseguite, esami e monitoraggio ECG siano opportunamente segnalati nella pagina del diario esami eseguiti e che il paziente sia caricato in OBI.
- 2) L'infermiere scriverà, nella voce consegne del diario, l'ora d'esecuzione dei prelievi successivi, **di norma due, oltre il primo eseguito in sala visita, da eseguire a distanza di 4 ore l'uno dall'altro**, salvo diversa disposizione del medico che deve essere opportunamente motivata, sul diario clinico, e sottoscritta dal medico di riferimento.
- 3) L'infermiere (ma anche il medico) deve segnalare, periodicamente, almeno ogni 2 ore, i parametri vitali riscontrati e il grado di dolore riferito dal paziente.
- 4) In caso di aumento del dolore riferito dal paziente o di modifica dei parametri vitali riscontrati, segnalerà quanto rilevato e su consegne indicherà il medico cui ha riferito il fatto.
- 5) L'infermiere mostrerà al medico di riferimento (vedi protocollo gestione O. B. I.) l'esito degli esami eseguiti.
- 6) Indicherà sempre, in diario-consegne, il medico cui mostra gli esami/consulenze (indicando "mostrati al dott. .... Esami ematochimici/enzimi cardiaci).
- 7) Il medico scriverà su diario-consegne l'esito (positivo o negativo) degli esami e le eventuali consegne date (terapie, altri esami, ecc.).



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 418 di 524**

- 8) Introduzione caso di dimissibilità del pz, il medico lo scriverà nelle consegne.
- 9) Ogni distacco del pz dalle macchine del monitoraggio ECG deve essere eseguito secondo prassi, ossia, bloccare momentaneamente la registrazione e riprenderla quando il pz sarà nuovamente collegato. Si ricorda che non rispettare quanto sopra potrebbe comportare dei problemi sul referto finale del monitoraggio ECG e problemi consequenziali.
- 10) All'arrivo di ogni esame, l'infermiere dell'obi, eseguirà quanto previsto nei punti 5-6. Il medico quanto previsto nel punto 7.
- 11) Se il pz è in fase di dimissione, come scritto sul diario, l'infermiere toglierà l'accesso venoso, stamperà il referto della registrazione dell'ecg continuo e consegnerà tutto al medico referente del pz. Per la compilazione del verbale di dimissione.
- 12) Il medico compilerà il verbale di dimissione e lo consegnerà al pz secondo le regole di una buona comunicazione.

**D) Troponina**

- 1) Il valore della troponina è considerato negativo se <40 U.I./l.
- 2) Se i primi due valori di troponina sono restati immutati e negativi, il paziente, in assenza di sintomi, di ricomparsa, variazioni della sede o dell'entità del dolore, durante il periodo trascorso in OBI, e alla presenza di ecg perfettamente normale, può essere dimesso, a discrezione del medico che l'ha in carico.
- 3) Se il valore della troponina si modifica, rimanendo < 40 UI/l, in due prelievi successivi (es. da 15 a 35 UI/l) deve essere eseguito un ecg a 12 derivazioni, se l'ecg non si è modificato ovvero se la registrazione dell'ecg non mostra modifiche, deve essere eseguito, sempre, almeno un ulteriore prelievo per enzimi cardiaci, indicando quanto verificatosi su diario/osservazioni.
- 4) Alla presenza di ricomparsa/esacerbazione del dolore, il momento 0 (esecuzione 1' prelievo) è spostato al momento di modifica del dolore. Del fatto deve essere presente traccia in diario/osservazione.
- 5) In caso di modifica sensibile della troponina o di sua franca positizzazione, salvo dubbi sui valori riscontrati, il paziente deve essere ricoverato in cardiologia/utic, anche in assenza di

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 419 di 524**

consulenza cardiologica. Qualora esistano dubbi sui valori di enzimi cardiaci riscontrati, sarebbe, sempre, opportuna una consulenza specialistica.

## E) Problemi: emergenza su pz in obi / Pronto Soccorso

- 1) L'infermiere chiamerà il primo medico libero.
- 2) Questo, dopo aver valutato le condizioni del pz, consultato il diario ed eseguita anamnesi e visita del pz scriverà quanto osservato e disposto sulla voce diario/osservazioni.
- 3) Se il medico prende in carico il pz., dovrà scriverlo nelle consegne (del diario). Si pone l'accento sulla differenza comportamentale fra punto 1 e 2 legata alla necessità di conoscere sempre il medico che ha in carico il pz. (vedi protocollo gestione OBI).
- 4) Se fosse presente un dolore toracico, baderà a far applicare quanto previsto dal presente protocollo.
- 5) In caso di necessità di trasferimento/consulenza urgente, in paz a rischio di destabilizzazione, come previsto nel protocollo paziente fragile/ a rischio, sarà il solo medico ad accompagnare il paziente, salvo diversa e motivata giustificazione del sanitario di guardia che dispone diversamente.

## F) Raccomandazioni finali

- 1) Alla dimissione:
  - a) Rimuovere il catetere venoso,
  - b) Stampare il referto dell'ecg continuo,
  - c) Controllare che nel fascicolo accesso siano presenti le copie di tutti gli esami/consulenze eseguite,
  - d) La responsabilità della corretta conservazione del fascicolo, fino alla dimissione, è dell'infermiere dell'OBI che al momento della dimissione porterà tutto il fascicolo, al medico per la redazione del verbale di dimissione,
  - e) Il medico controllerà la presenza di tutti i documenti, divenendone responsabile, stamperà il verbale di dimissione e allegnerà al fascicolo tale verbale sottoscritto dal paziente, conservandolo opportunamente, secondo le disposizioni vigenti al momento.

## 2) Pasti



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 420 di 524**

- a) I pazienti con dolore toracico, che soggiornano in OBI per oltre 8 ore, quando presenti in obi, hanno diritto a un minimo di confort alberghiero, pertanto è prevista la possibilità di fornire dei panini imbottiti/ piccola colazione / acqua ai pazienti che soggiornano per ore in OBI, l'infermiere pertanto controllerà i bisogni del paziente. Non è prevista la somministrazione di pasti completi,
- b) È altamente sconsigliato, tutto il personale del MCAU deve vigilare, che il paziente si allontani, senza autorizzazione, che si diano permessi per andare a fumare, somministrare cibi e bevande di provenienza diversa dall'ospedale. Tali fatti, in ogni caso, devono essere opportunamente registrati.

## 3) Parenti

- a) Come scritto nel protocollo gestione OBI e in diverse insegne esposte al pubblico, è fatto assoluto divieto di far entrare o di permettere la permanenza di parenti in OBI. Naturalmente è possibile un'eccezione per pazienti particolarmente fragili, su indicazione del medico referente del paziente, scritta in diario/consegne.

L'infermiere dell'OBI e tutto il personale dell'MCAU devono vigilare affinché tutto quanto sopra descritto sia attuato.

**Conclusioni**

Una gestione corretta e quanto più possibile standardizzata dovrebbe permettere una più efficiente gestione del paziente con dolore toracico, riducendo l'esecuzione di esami inutili e talora pericolosi per il paziente.

**Indicatori**

- 1) Numero di pazienti con "dolore toracico" o "problemi cardiologici" trattati secondo protocollo + pazienti che rifiutano l'osservazione vs numero di pazienti con "problemi cardiologici in senso lato" registrati al triage risultato >90%

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 421 di 524**

- 2) Numero di pazienti ritornati in PS, cui è posta diagnosi di IMA, nelle 48 ore successive alla dimissione valore atteso <0,05%

**Bibliografia**

- 1) Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients' probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost.* 2000; 416-420.
- 2) Sindromi coronariche acute; EMERGENCYMEDICINE PRACTICE marzo 2014
- 3) Valutazione e gestione della sindrome coronarica acuta-ST non sopraslivellato; EMERGENCYMEDICINE PRACTICE aprile 2010
- 4) Pollack CV Jr, Braunwald E. 2007 Update to the ACC/AHA guidelines for the management of pazienti with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: implications for emergency department practice. *Ann Emerg Med* 2008;51(5): 591-606.
- 5) Roe MT, Parsons LS, Pollack CV Jr, et al. National Registro of Myocardial Infarction Investigators. Quality of care by classification of myocardial infarction: treatment patterns for ST-segment elevation vs non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2005;165(14):1630-1636
- 6) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute coronary syndromes: a national clinical guideline. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93.pdf>. Published February 2007. Accessed September 19, 2009.
- 7) Diagnosi e trattamento dell'infarto STEMI in Pronto Soccorso; EMERGENCYMEDICINE PRACTICE settembre 2009
- 8) Il monitoraggio della terapia intensiva nel Dipartimento d'Emergenza; EMERGENCYMEDICINE PRACTICE ottobre 2007

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 422 di 524**

## Pr 079: Protocollo tracciabilità

### **Destinatari**

Medici, Infermieri, Autisti ambulanze, ausiliari, OSS dell'U.O.C.

### **Premessa**

Un sistema efficiente deve essere in grado di risalire a chi ha avuto contatti con il paziente, cosa ha praticato, quali manovre sono state eseguite, quale terapia, quali percorsi ha seguito il paziente.

Tali conoscenze hanno finalità, non ultime, medico legali.

### **Validità**

Il presente protocollo entrerà in vigore 1/1/2016.

### **Definizione**

Per tracciabilità si intende la possibilità di risalire a chi ha fatto qualcosa ad un paziente.

### **Normativa**

Esiste una precisa normativa inerente i prelievi ematici su cui si eseguono esami circa droghe d'abuso.

Tutti coloro che hanno fatto qualcosa al paziente (visita, terapia/prelievo, medicazione, trasporto, ecc...) devono essere rintracciabili per problemi medico legali inerenti ciò che è stato fatto ricostruzione di eventuali discussioni, colloqui o rapporti intrattenuti con il paziente

### **Procedura**

- a) triage
- b) visita
- c) richieste esami e consulenze
- d) prelievo/terapia
- e) registrazione parametri
- f) diario clinico
- g) trasporto materiale (prelievi/altro) ai laboratori del nosocomio
- h) trasporto del paziente
- i) dimissione/ricovero/documentazione sanitaria

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 423 di 524**

I punti a), b), c), i) sono facilmente tracciabili attraverso il programma first aid e, poiché tali passaggi sono obbligatori per il proseguo delle cure, non meritano di ulteriori note.

Il punto D) è un obiettivo per il 2015 e sarà oggetto di valutazione per il personale medico e infermieristico (vedi valutazione dati 2014, consegnata a tutto il personale con lista di distribuzione). Su questo punto è necessario ricordare che mentre è facilmente riconoscibile chi ha ordinato la somministrazione del farmaco, non lo è altrettanto chi ha praticato poiché, troppo spesso, il medico dichiara d'aver praticato lui stesso la terapia.

I punti E) ed F) sono obbligatori, per problemi medico legali, e sottoposti a monitoraggio e valutazione dal 2009 sia per i medici che per gli infermieri.

Si ricorda che tenere un paziente in osservazione per ore e non scrivere le osservazioni, le rivalutazioni, le richieste del paziente è contrario all'etica medica/infermieristica e non rispondente alle norme vigenti.

Si ritiene che se un paziente è tenuto sotto osservazione per diverse ore deve avere dei bisogni sanitari e non registrare quanto osservato/fatto è pericoloso sotto l'aspetto medico legale.

Le richieste di chiarimenti, inoltre, arrivano dopo tempi lunghi in cui si è dimenticato cosa successo e, pertanto, ha valore solo ciò che è registrato.

### **G) Trasporto prelievi**

Il problema tracciabilità del trasporto prelievi riguarda la nostra U.O. dal momento in cui viene disposta l'esecuzione del prelievo, al momento di consegna del prelievo all'U.O.C. Laboratorio Analisi.

Nel momento in cui la provetta è consegnata al laboratorio, il Direttore di tale U.O.C. dovrà occuparsi della tracciabilità del prelievo.

Che il prelievo sia arrivato è dimostrabile perché i dati del paziente sono caricati su intranet.

Esiste un obbligo medico legale di conoscere chi ha avuto contatto con il prelievo, dal Pronto Soccorso al Laboratorio Analisi, specie, per i prelievi con richiesta di alcolemia o drug test.

La mancata tracciabilità di tali prelievi ne determina la nullità da un punto di vista medico-legale. La tracciabilità, inoltre, permette di risolvere il possibile problema di mancata consegna della provetta al Laboratorio o altre problematiche inerenti gli esami emato-chimici.

Dal momento di attivazione del protocollo, l'ausiliario/oss che prenderà le provette, scriverà il proprio nome sul retro della copia della richiesta che resta in Pronto Soccorso.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 424 di 524**

Il medico e l'infermiere hanno il compito di controllare che l'ausiliario/OSS esegua tale compito.

La tracciatura verrà eseguita sempre, sia quando obbligatoria sia quando non obbligatoria.

**H) Trasporto del paziente**

Viste le segnalazioni dell'URP;

Viste le segnalazioni di diversi pazienti;

Vista la difficoltà a risalire a chi ha fatto cosa;

Poiché esistono sempre almeno due momenti, durante il trasporto del paziente, quello in cui il paziente è portato ad eseguire esami/consulenze e quello di ritorno, con possibilità di trasferimenti complessi con interessamento di diversi operatori e trasporto in varie UU.00. si propone la procedura di cui appresso.

L'ausiliario/oss che preleva il paziente in Pronto Soccorso scriverà, sulla copia di richiesta di esame/consulenza, che resta in Pronto Soccorso, in modo leggibile, data ora e firma.

Quando il paziente viene prelevato da altra UU.00., l'ausiliario/oss scriverà, sul retro della consulenza/esame originale, data, ora e firma leggibile.

L'originale delle consulenze/esami deve restare all'interno del verbale di dimissione o all'interno della cartella di ricovero.

Il personale (di solito medico) dovrà controllare che sulla faccia posteriore di consulenza/esame sia apposta data e firma di chi ha trasferito il paziente.

**Considerazioni finali**

Nella valutazione annuale (a partire dal 2016) eventuali incongruenze, su quanto sopra descritto (punti G e H), interverranno sulla valutazione annuale sia per gli ausiliari/OSS che per il personale di altre qualifiche che dovessero impedire l'esecuzione della registrazione.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 425 di 524**

## [Pr 080: Mantenimento dei privileges](#)

### **Destinatari**

Medici, Infermieri, Autisti ambulanze, ausiliari, OSS dell'U.O.C.

### **Premessa**

L'esecuzione di un atto medico vuole che il personale che lo esegue sia capace e abile ad eseguire la manovra.

**(dalla GURS 29/11, pag.62 c.2)**

“Allo stato attuale, nelle nostre organizzazioni non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito “chi sa fare cosa” all'interno di un reparto in funzione delle proprie competenze, delle esperienze maturate nel corso della propria attività professionale e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti.”

Tale capacità, specie in atti eseguiti poche volte o raramente, necessita di processi di simulazione, continui e ripetuti, volti a mantenere e sostenere la capacità del singolo operatore verso quell'atto medico/infermieristico.

### **Scopo**

Laddove il numero di casi trattati, relativamente a una manovra, è relativamente basso, con il presente protocollo, viene prevista la possibilità di mantenere la capacità operativa, in quella manovra, attraverso un processo di apprendimento/rafforzamento, eseguito con la simulazione, da ripetere a intervalli temporali prestabiliti.

Tale processo di aggiornamento/mantenimento delle capacità operative deve essere opportunamente dimostrabile e certificato, nonché portato a conoscenza della Direzione di Presidio.

Nessun emolumento aggiuntivo o penalizzazione economica è prevista per chi mantiene (o non mantiene) le certificazioni aggiornate, anche se, nel processo di valutazione, il tenersi al passo con l'evoluzione dell'U.O. deve essere considerato un valore positivo.

### **Campo di applicazione**

Il presente protocollo viene applicato presso il MCAU di Trapani e sarà esteso al P.S. di Alcamo nel prossimo futuro.

### **Normativa**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 426 di 524**

Il decreto 26 giugno 2012, pubblicato sulla GURS n.29 del 26/6/12 sull'attribuzione dei privilegi, prevede un implementamento degli standard Joint Commission International (JCI) per la realizzazione del progetto "Patient Safety & Emergency Department" che prevede i seguenti obiettivi:

- sostenere il processo di miglioramento in corso coinvolgendo anche i professionisti;
- ridurre efficacemente il livello di rischio, soprattutto nelle organizzazioni maggiormente esposte;
- aumentare il numero degli standard in uso, ponendo l'attenzione su alcune procedure ad alto rischio e sull'area del Pronto Soccorso.

L'atto aziendale, all'art.16 sostiene la formazione e la valorizzazione del dipendente come impegno primario dell'ASP Trapani.

**Attuazione**

Il personale dovrà dimostrare di aver praticato o simulato, almeno ogni 4 mesi, o periodi temporali altrimenti previsti e attività - specifica, le manovre soggette a controllo.

Per esecuzione della simulazione sono previsti dei tutors che dovranno controllare e certificare la corretta esecuzione della manovra.

I medici e infermieri responsabili della Qualità e del Rischio clinico dovranno controllare l'avvenuta certificazione.

**Tutor**

L'elenco dei tutors può essere modificato in relazione alla presenza di nuovi tutors o alla perdita della qualifica.

Per assumere la qualifica l'interessato deve eseguire richiesta al Direttore dell'U.O.C. (medico) o al coordinatore Infermieristico (infermiere).

Il personale che ha espresso la volontà di divenire tutor sarà sottoposto a apposita formazione e, sottoposto a valutazione da almeno 3 tutors di cui 2 medici, e, se la valutazione espressa sarà positiva, sarà inserito nell'elenco dei tutors dell'U.O.C.

La qualifica di tutor viene perduta se non saranno valutati almeno 5 persone nell'arco dell'anno solare o per non aver svolto correttamente i propri compiti (lamentele inerenti l'esecuzione delle manovre, nel qual caso il tutor sarà sottoposto a nuova valutazione come per l'inserimento nell'elenco dei tutor).

**Controllo**



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 427 di 524**

Gli incaricati di occuparsi di qualità e rischio clinico, vedi manuale della qualità, si occuperanno della tenuta dei registri di certificazione e comunicheranno al Direttore dell'U.O., semestralmente, il numero di personale che mantiene l'aggiornamento e comunicheranno i nomi del personale che non riesce a rispettare i tempi di formazione/aggiornamento.

**Manovre sottoposte a tutoraggio**

Le manovre appresso elencate vengono sottoposte a controllo ripetuto nel tempo al solo fine di valutare la corretta e tempestiva applicazione e sono:

- 1) codice rosso con particolare attenzione al BLS-D, Installazione e attivazione del Massaggiatore Cardiaco Esterno
- 2) CPAP corretto monitoraggio delle manovre volte all'uso della tecnica
- 3) Uso dei dispositivi di sicurezza e lavaggio delle mani
- 4) Intraossea (indicazioni all'uso e esecuzione della tecnica)
- 5) Videolaringoscopia (indicazioni all'uso e esecuzione della tecnica)
- 6) Powerglide, ossia, catetere venoso lungo (indicazioni all'uso e esecuzione della tecnica)
- 7) E.G.A. (indicazioni all'uso e esecuzione della tecnica)

A tal fine verrà consegnato a ogni infermiere/medico, un apposito modulo, appresso riportato, che il dipendente dovrà far compilare dal tutor, durante il processo di certificazione sopra descritto, e che sarà consegnato ai responsabili del rischio clinico/qualità per l'archiviazione.

Il personale che non ha rispettato il processo di certificazione non deve eseguire le manovre sopra elencate.

**Data validità**

Il presente protocollo entrerà in vigore dopo l'approvazione della Direzione Sanitaria.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 428 di 524**

Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Sicilia  
Distretto Ospedaliero Tp1  
P.O. S. Antonio Abate  
U.O.C. MCAU

Oggetto: formazione/addestramento GURS 29 del 20/7/12

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver partecipato nei giorni e nelle ore sottoindicate, al corso di formazione/addestramento sui rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici dell'U.O.C. di MCAU di Trapani.

Detta formazione è stata effettuata dal Direttore dell'U.O.C. o da suoi delegati

attrezzatura/ procedura da eseguire ogni 4 mesi max	data corso	ora inizio	ora fine	formatore	firma
Intraossea					
Videolaringo scopia					
Massaggiatore Cardiaco Esterno					
Codice Rosso					
CPAP					
Uso powerglide (catetere venoso lungo)					
Esecuzione EGA					
Intubazione con ago					
Uso D.P.I.					

attrezzatura/ procedura da ripetere ogni 4 mesi max	data corso	ora inizio	ora fine	formatore	firma
Intraossea					
Videolaringo scopia					
Massaggiatore Cardiaco Esterno					
Codice Rosso					
CPAP					
Uso powerglide (catetere venoso lungo)					
Esecuzione EGA					
Intubazione con ago					
Uso D.P.I.					

attrezzatura/ procedura da ripetere ogni 4 mesi max	data corso	ora inizio	ora fine	formatore	firma

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 429 di 524**

<b>Intraossea</b>					
<b>Videolaringo scopia</b>					
<b>Massaggiatore Cardiaco Esterno</b>					
<b>Codice Rosso</b>					
<b>CPAP</b>					
<b>Uso powerglide (catetere venoso lungo)</b>					
<b>Esecuzione EGA</b>					
<b>Intubazione con ago</b>					
<b>Uso D.P.I.</b>					

consegnato a \_\_\_\_\_ (Direttore o C.S.)

Il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In atto i tutors sono:

dott. Di Martino, Direttore U.O.C.,

Medici: dott. Scuderi, Sammartano, Drago, Di Bona

Coordinatore Infermieristico Orlando,

Infermieri: Restuccia, Tusa, Simonte, Pizzitola

In atto incaricati di occuparsi di qualità e rischio clinico sono: Dott.sse  
Pollina e Cucchiara, Infermieri Fazio e Cacioppo,

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 430 di 524****Pr.081: Segnalazione complicanze o forme influenzali gravi**

0035160-01/12/2015-DGPRE-COD\_UO-

*Ministero della Salute*DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale ex DG PREV

T E L E F A X

Prot.DGPREV.V/P/

**A:**  
ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI  
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE  
LORO SEDIASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE  
AUTONOME TRENTO E BOLZANO  
LORO SEDI**e, per conoscenza**  
UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA  
E DI FRONTIERA  
LORO SEDIALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
ROMA**OGGETTO: Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2015-2016.**

Successivamente all'influenza pandemica del 2009, l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) e il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC) hanno sottolineato la necessità di monitorare i casi gravi e complicati e i decessi da influenza.

Pertanto, dalla stagione pandemica 2009/10 è attiva in Italia la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza confermata (introdotta con Circolare del 19 novembre 2009 e successive integrazioni con Circolari del 26 novembre 2009, del 27 gennaio 2011 e 7 dicembre 2011, 16 gennaio 2013, 16 gennaio 2014 e del 12 gennaio 2015<sup>1</sup>), che si ritiene opportuno mantenere attiva durante la stagione 2015/2016.

**Definizione di caso**

Sono definite forme gravi e complicate di influenza confermata tutte le forme di:

- gravi infezioni respiratorie acute (SARI): casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/ifu](http://www.iss.it/ifu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, in italiano Ossigenazione Extracorporea a Membrana),

<sup>1</sup> [http://www.normativasanita.it/normsan-pd/0000/31217\\_1.pdf](http://www.normativasanita.it/normsan-pd/0000/31217_1.pdf)

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 431 di 524**

in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale;

- sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS<sup>2</sup>): sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate) e si raccomanda di dare ampia diffusione della presente a tutte le UTI del territorio sollecitando la loro partecipazione alla sorveglianza.

#### ***Flusso dei dati***

Si raccomanda, l'invio tempestivo della segnalazione dei casi gravi e complicati di influenza confermata, quali:

- gravi infezioni respiratorie acute (SARI);
- sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS)

a questo Ministero, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V – Malattie Infettive, tramite la loro registrazione sul sito web <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx> e la trasmissione dell'apposita scheda (Allegato I) a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it).

Si rammenta che tutti i casi di influenza con conferma di laboratorio devono essere segnalati con le modalità di notifica previste dal D.M. 15 dicembre 1990 per le malattie della Classe I.

Si ricorda, inoltre, che permangono le raccomandazioni relative a:

- la cura della corretta compilazione dei certificati di morte in cui menzionare l'influenza, ove accertata
- e
- l'invio di un campione biologico per i casi gravi e complicati confermati da virus influenzale, soprattutto se in assenza di patologie concomitanti che favoriscono le complicanze o se diagnosticati come virus A non sottotipizzabili, al Centro Nazionale per la sorveglianza virologica dell'influenza (NIC, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina

<sup>2</sup> Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'*American European Consensus Conference* la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 432 di 524**

Elena 299 – 00161 Roma; e-mail: flulab@iss.it), per le opportune caratterizzazioni virologiche e il rilevamento di eventuali mutazioni associate a virulenza.

Si ricorda, infine, che con Intesa Stato/Regioni del 5/11/ 2009, e successivo Atto di proroga del 31/7/2012, è stata istituita la Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus dell'influenza e l'eventuale utilizzo della terapia ECMO.

Dr.ssa Anna Caraglia

Il Direttore dell'Ufficio  
Dr.ssa Maria Grazia Pompa

**IL DIRETTORE GENERALE  
\*F.to Raniero GUERRA**

*\*"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993"*

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 433 di 524**

Allegato 1



Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza  
e Promozione della Salute



**SCHEMA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE  
E DEI DECESSI DA VIRUS INFLUENZALI**

Stagione 2015 - 2016

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

**Dettagli di chi compila la scheda**

Data segnalazione

Regione  ASL notifica

**Dati compilatore**

Nome  Cognome

telefono fisso  telefono cellulare

e-mail

**Dettaglio anagrafica paziente**

Iniziale NOME  Iniziale COGNOME  Sesso  M  F

Data di nascita  se data nascita non disponibile, specificare età  anni compiuti o età  mesi

Comune di residenza

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza?  si  no  non noto se si, mese di gestazione

Vaccinato per influenza stagionale 2015-2016  si  no  non noto

Vaccinato per influenza stagionale 2014-2015  si  no  non noto

**Informazioni cliniche**

Data insorgenza primi sintomi

Data ricovero

Nome Ospedale:

Reparto (specificare): terapia intensiva/rianimazione(UTI)  Intubato  ECMO

DEA/EAS

Terapia sub intensiva

Cardiochirurgia

Malattie Infettive

Altro  (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza):  SI  NO

Se si, data inizio terapia  durata  (giorni)



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 434 di 524**

ASSUNTO DI PATOLOGIE CIRCRIET

se si quali?

si  no  non noto

Tumore	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Diabete	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
altro	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto

se altro, specificare: \_\_\_\_\_

Data del prelievo per conferma:

Confermato per: A(H1N1)pdm09: si  no   
 A(H3N2): si  no   
 A/non sottotipizzabile: si  no   
 A/Altro sottotipo \_\_\_\_\_  
 B: si  no

Data conferma di laboratorio:

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: si  no

Data di invio:

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza

Eseguita radiografia si  no  non noto

Polmonite:

Polmonite influenzale primaria	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite batterica secondaria	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>
Polmonite mista	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Non noto	<input type="checkbox"/>

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) (vedi definizione allegata)

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: \_\_\_\_\_

**Follow-up**

Esito:

Guarigione  Data

Decesso  Data

Presenza Esiti  Specificare (in stampatello) \_\_\_\_\_

**Definizione di caso di SARI:** casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/flu](http://www.iss.it/flu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, in italiano Ossigenazione Extracorporea a Membrana), in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un sottotipo di virus influenzale;

**Definizione di ARDS:** sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

**Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).**

**Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda l'invio del campione biologico al Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'ISS.**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 435 di 524**

ASSUNTO DI PATOLOGIE CATEGORIE

se si quali?

si  no  non noto

Tumore	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Diabete	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto
altro	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	non noto

se altro, specificare: \_\_\_\_\_

Data del prelievo per conferma:

Confermato per: A(H1N1)pdm09: si  no   
 A(H3N2): si  no   
 A/non sottotipizzabile: si  no   
 A/Altro sottotipo \_\_\_\_\_  
 B: si  no

Data conferma di laboratorio:

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS: si  no

Data di invio:

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza

Eseguita radiografia si  no  non noto

Polmonite:

Polmonite influenzale primaria	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Non noto <input type="checkbox"/>
Polmonite batterica secondaria	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Non noto <input type="checkbox"/>
Polmonite mista	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Non noto <input type="checkbox"/>

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) (vedi definizione allegata)

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)

Altro: \_\_\_\_\_

**Follow-up**

Esito:

Guarigione  Data

Decesso  Data

Presenza Esiti  Specificare (in stampatello) \_\_\_\_\_

**Definizione di caso di SARI:** casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/flu](http://www.iss.it/flu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, in italiano Ossigenazione Extracorporea a Membrana), in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un sottotipo di virus influenzale;

**Definizione di ARDS:** sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

**Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).**

**Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda l'invio del campione biologico al Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'ISS.**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 436 di 524**[Pr 082: Proposta protocollo ausiliari volontari](#)**Oggetto**

Il presente protocollo disciplina l'attività di volontariato espletata da personale con qualifica di ausiliario.

**Rivolto a:**

Il presente protocollo è rivolto al personale ausiliario volontario che chiede di frequentare questa U.O.C. di MCAU e a tutto il personale del MCAU di Trapani che deve conoscere i limiti dell'attività dell'ausiliario volontario.

**Norme Regolamentari**

I volontari che frequentano l'U.O., al pari dei dipendenti, sono tenuti al rispetto del "Codice di comportamento ai sensi dell'art. 54; comma 5, D. Lgs. N. 165/2001" nonché del codice di comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013.

In particolare il volontario, come tutti i dipendenti, è tenuto a mantenere assoluto riserbo circa quanto osservato o venuto a conoscenza durante l'espletamento della propria opera in Ospedale.

Il personale volontario, come il personale dipendente non deve suggerire associazioni pubbliche o private cui rivolgersi per ogni necessità del paziente o dei suoi accompagnatori

**Disposizioni di carattere generale**

Il volontario sottostà a tutte le disposizioni di legge che ordinano il proprio servizio, alcune delle quali sono appresso elencate:

- Il volontario dovrà essere riconoscibile dalla divisa e dal cartellino di riconoscimento;
- Il volontario opera sotto la diretta responsabilità del coordinatore infermieristico o in assenza di quest'ultimo dell'infermiere responsabile del turno (in bacheca è presente il turno di servizio);
- Il volontario non chiede, né sollecita, né accetta per sé o per altri, regali o altre utilità al fine di evitare conflitti di interesse;
- Si fa divieto di commentare innanzi al paziente le disposizioni date dai medici o dagli infermieri e di far notare ai pazienti eventuali dissidi interni;
- Si fa divieto di commentare con personale non dell'U.O. MCAU di disposizioni, trattamenti e quanto venuto a conoscenza durante le ore di servizio;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 437 di 524**

- Atteso il fondamentale ruolo dell'Azienda quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della salute, tutti coloro che operano a qualsiasi titolo all'interno della struttura aziendale, ivi compresi gli spazi esterni entro il perimetro che delinea il P.O., sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge e deve concorrere a evitare che chiunque contravvenga al divieto;
- Dovrà sempre indossare i DPI tutte le volte che sarà a contatto con pazienti e trasporterà materiale biologico.

**Protocollo operativo**

Premesso che i volontari che frequenteranno l'U.O. saranno di supporto e non sostituiscono i dipendenti, di seguito si regolamentano e si elencano le attività che potranno svolgere:

1. il volontario potrà svolgere tutte le attività elementari e di supporto necessarie al funzionamento dell'U.O., quali il trasporto dei pazienti non critici presso le UU.OO. con i mezzi appropriati rispetto allo stato di salute;
2. provvederà al ritiro dei pazienti, non critici, dalle UU.OO., consegnando i referti al medico di guardia;
3. potrà provvedere al trasporto dei campioni ematici presso l'U.O. di Patologia Clinica, avendo cura di adoperare i DPI previsti;
4. al bisogno potrà provvedere alla consegna o ritiro di farmaci e presidi sanitari dalla farmacia dell'ospedale e del materiale di cancelleria dal magazzino;
5. supporterà il Coordinatore Infermieristico per quanto riguarda l'attività di pertinenza che questi vorrà assegnare;

Per altre attività si rimanda al protocollo indirizzato agli ausiliari (PRC011).

**Reparti per consulenze, esami e ricoveri:** giunti nell'U.O. di destinazione, se il tempo necessario per le operazioni sul paziente è prevedibilmente breve (< **10 minuti**) il volontario attenderà che la consulenza o esame sia terminata per riportare il paziente in P.S. o fargli proseguire l'iter diagnostico terapeutico previsto. Se i tempi fossero

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 438 di 524**

prevedibilmente lunghi (>**10 minuti**) o se ci fosse mancanza di collaborazione, da parte del personale dell'U.O. interessata, lasciare il paziente, senza entrare in conflitto verbale con il personale, comunicando che si provvederà a riprendere il paziente ad esame o consulenze terminata.

In caso di dubbi consultare il medico di guardia del P.S.

Segnalare sull'apposita modulistica le attrezzature del P. S. lasciate nei vari reparti (barella, bombola, tavola spinale, sedie a rotelle, aste porta flebo altro).

Sigare la copia della richiesta di esame o referto segnando (data e) ora.

**Igiene delle barelle:** poiché le barelle in sosta, presso la sala d'attesa, possono essere utilizzate dal personale delle ambulanze, che hanno necessità di sbarellamento immediato, è compito dell'ausiliario di provvedere, immediatamente, appena rientrati dalla consulenza, a cambiare le lenzuola monouso, affinché la barella sia immediatamente fruibile.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 439 di 524****Pr 083: ricovero in overbooking**

La normativa vigente (decreto 30/9/13, GURS 25/10/13, “Guida per il paziente che si ricovera in ospedale” e “La relazione tra paziente e medico in ospedale”) prevedono la possibilità del ricovero in barella e le modalità di approccio al problema sia da parte del paziente sia del personale (medico e paramedico).

L'accordo SUES 118-Assessorato alla sanità, pubblicato sulla GURS n.42 del 21/5/2010, a pag.11 prevede che: “Disponibilità dei posti letto: I posti letto, in caso di condizioni particolari di urgenza e di necessità, possono essere aumentati al bisogno, sulla base di disposizioni dell'accettante o della direzione sanitaria. Inoltre, il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.) e di omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.); è ipotizzabile inoltre il reato di interruzione di servizio di pubblica necessità (art. 340 c.p.).”

La mancata applicazione di quanto sopra determina prolungamenti dei tempi di stazionamento, di pazienti urgenti nei PP.SS., ritardi nell'assistenza ai pazienti in sala d'attesa, eccessivo overbooking in quegli ospedali che ricorrono al ricovero interdipartimentale e in barella, rischi per l'immagine aziendale.

In attuazione di quanto sopra:

- 1) in assenza di posto letto libero e in presenza di paziente urgente, devono essere contattati gli ospedali vicini per reperire un posto letto;
- 2) in assenza di posti letto liberi negli ospedali vicini, il paziente urgente sarà ricoverato in appoggio in posti letto liberi dello stesso dipartimento o, in assenza di tali posti letto, anche di altri dipartimenti;
- 3) in assenza di posto letto in ospedale, il paziente urgente sarà ricoverato in barella;
- 4) le barelle dovranno essere comode, di dimensioni simili ai letti, fornite di dispositivi di protezione (spondine), e posizionate all'altezza inferiore possibile rispetto al pavimento.
- 5) Sarebbe opportuno fornire tutti gli ospedali di un numero congruo di barelle al fine di garantire il ricovero nel reparto di pertinenza piuttosto che in appoggio in altri reparti ove, forse, la capacità di risposta del personale non è sufficiente per garantire le necessità assistenziali specialistiche del paziente.
- 6) Nel caso di pazienti che necessitano di macchine (es. rianimazione, utic, dialisi, ecc.) la regola, naturalmente, non può essere applicata.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 440 di 524**

## **Pr.084 Protocollo Fermo Tecnico Ambulanze**

Destinatari: autisti ambulanze, coordinatore infermieristico

### **Premessa**

Porre un mezzo in fermo tecnico è un atto pesante poiché toglie, dalla disponibilità del presidio, un mezzo atto al trasferimento di pazienti e, pertanto, al verificarsi del fatto, deve esserne portata a conoscenza la Direzione Sanitaria del P.O.

Si ricorda che gli autisti non hanno il potere di porre in fermo tecnico un mezzo né quella di comunicare con altri se non il diretto superiore, ossia, il Coordinatore Infermieristico e solo in sua assenza con il Direttore dell'U.O.C. di MCAU., certamente hanno l'obbligo di comunicare i problemi con il diretto superiore e suggerire di evitare l'uso di un mezzo su cui sono stati riscontrati problemi.

Esistono diverse tipologie di fermo tecnico:

**Assoluto:** il più frequente, dovuto a un guasto che metterebbe a rischio un eventuale trasferimento;

**Per emergenze:** quando il guasto garantisce piccoli viaggi, da eseguire non in urgenza o sono assenti/guaste attrezzature indispensabili per l'emergenza, esempio defibrillatore/respiratore/sistemi di avviso acustico o luminoso.

**Relative:** quando la presenza di un problema, esempio lampadina fulminata, impedisce di recarsi in strade ove tale mezzo è indispensabile, ma permettono di viaggiare su strade ordinarie.

In ogni caso è necessario, sempre, valutare complessivamente l'evento "trasferimento" e i rischi comportati dall'uso di un'ambulanza, pertanto, come il trasferimento di un paziente deve essere eseguito solo se indispensabile, a seguito dei rischi conseguenti al trasporto su strada oltre a quelli di avere un paziente al di fuori del perimetro ospedaliero con risorse limitate e legate al solo mezzo di soccorso, anche **l'uso di un mezzo in fermo tecnico deve essere attentamente valutato** da chi ne chiede l'uso.

### **Protocollo**

- 1) Se un autista ritiene che il mezzo non sia idoneo all'uso dovrà compilare apposito modello, allegato 1, e consegnarlo al Coordinatore



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 441 di 524**

Infermieristico, opportunamente firmato in modo leggibile, oltre alla modulistica in uso per le riparazioni, proponendo la messa in fermo tecnico del mezzo.

- 2) Avuta l'approvazione, il mezzo sarà posto in "fermo tecnico" e apposito cartello, allegato 2, sarà posto sul parabrezza dell'ambulanza innanzi al posto guida, altezza degli occhi.
- 3) L'autista, **solo in caso di gravi problemi al mezzo**, esempio accensione di spia che indica di portare il mezzo in officina nel più breve tempo possibile, potrà porre il mezzo in fermo tecnico comunicando immediatamente, anche telefonicamente, il fatto al Coordinatore Infermieristico o al Direttore dell'U.O.C. che dovranno avallare la scelta dell'autista.
- 4) Il Coordinatore Infermieristico avvertirà le UU.OO. interessate al fatto, per esempio per annullare trasferimenti programmati, e avvertirà il Direttore dell'U.O.C.
- 5) Il Direttore dell'U.O.C. o suo sostituto invierà apposita nota informativa alla Direzione Sanitaria di P.O. allegando copia del modello compilato dall'autista oltre alle modulistiche atte al controllo/riparazione del mezzo.
- 6) Gli autisti, appena possibile, scriveranno sulla lavagna, entrando a dx nella stanza del Direttore dell'U.O.C., in apposito spazio, lo stato delle ambulanze scrivendo, per ogni mezzo: in servizio, in fermo tecnico (assoluto o relativo e in questo caso le limitazioni), in officina e la data presunta di rientro in servizio.
- 7) Visto quanto sopra, ogni mattina, l'autista di guardia provvederà, appena possibile, ad aggiornare lo status dei mezzi nell'apposita lavagna.
- 8) Per quanto non previsto dal presente protocollo si rinvia alla logica e al confronto che deve essere sempre presente e costruttivo all'interno di una U.O.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 442 di 524**

## Protocollo catetere venoso lungo (Power Glide)

**Premessa**

Gli accessi venosi sono classificati in accessi venosi a breve, medio e lungo termine.

L'accesso venoso tradizionale con ago cannula è classificato come a breve termine, quello ottenuto con power glide a medio termine.

La differenza è legata esclusivamente al tempo di permanenza del catetere in vena:

quello a breve termine deve essere sostituito entro un tempo massimo di 96 ore (4 giorni);

quello a medio termine entro 45 giorni.

**Power Glide**

Set, monouso, composto da catetere venoso, lunghezza dell'agocannula cm 8/10, di calibro 18/20/22G e sistema di filo guida per una rapida introduzione dell'ago cannula.

I colori dell'agocannula sono uguali ai cateteri venosi tradizionali di pari calibro.

**Il presente protocollo è rivolto**

Medici e infermieri dell'U.O.C. di MCAU.

**Scelta del catetere venoso**

La scelta sul tipo di catetere deve essere guidata innanzi tutto dal tipo di paziente.

Nei pazienti ospedalizzati, in cui non è indicato un accesso venoso centrale, ma che avranno necessità di un accesso periferico >10gg, il catetere venoso powerglide deve essere scelto prioritariamente.

Nella valutazione del tempo di permanenza dell'accesso venoso bisogna considerare, anche, quello in post ricovero sia in regime di ricovero, hospice/riabilitazione e/o domiciliare.

Per tal motivo, salvo motivate eccezioni, il catetere venoso powerglide dovrebbe essere utilizzato, quasi esclusivamente, in:

- 5. Politrauma:** in questa patologia l'uso di un catetere che penetri per una lunghezza maggiore all'interno di una vena protegge dal possibile stravasamento di mezzo di contrasto nello spazio peri-venoso, la probabile

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 443 di 524**

durata della degenza, la necessità di avere degli accessi venosi più sicuri consigliano l'uso del dispositivo;

6. Ictus cerebri: la durata della degenza e il periodo di riabilitazione consigliano, certamente, l'uso di un dispositivo che debba essere sostituito a scadenze più lunghe;
7. Edema Polmonare Acuto: l'intensità delle cure, la necessità di avere un accesso venoso sicuro e per periodi relativamente prolungati consigliano l'uso del dispositivo.

Per maggior chiarezza si precisa che il dispositivo è consigliato al fine di ridurre possibili complicanze quali la dislocazione e lo spandimento di liquidi nello spazio perivenoso, sicurezza sul paziente compatibilmente con i costi necessari per l'acquisto e messa in posa di un catetere che duri oltre 1 settimana, con risparmio circa il posizionamento di altro catetere venoso e sul dolore sopportato dal paziente.

## Uso

- ✓ disinfezione accurata della cute
- ✓ inserimento con tecnica di Seldinger: Il vaso che si desidera incannulare viene perforato con agocannula; è possibile l'assistenza di un medico ecografista che, se necessario, indica il migliore orientamento per raggiungere il bersaglio. Un «filo guida» con punta arrotondata viene fatto avanzare attraverso il lume dell'agocannula fino a raggiungere la destinazione; solo a questo punto il catetere venoso viene introdotto e il mandrino viene ritirato;
- ✓ inserimento eco guidato (tecnica di cui al punto 2 sotto controllo ecografico);
- ✓ Medicazione e fissaggio come per un catetere venoso
- ✓ Apporre apposito nastro adesivo di riconoscimento sul catetere (presente all'interno della confezione);
- ✓ Scrivere sul verbale di ricovero, nelle note, che è stato utilizzato il catetere venoso powerglide;
- ✓ Compilare e stampare il modello notepad powerglide in due copie, una per il reparto, da allegare al verbale di ricovero, una per la Direzione Sanitaria, da lasciare insieme ai verbali di ricovero della giornata. **N.B.: la stampa del notepad deve essere eseguita dopo la chiusura del caso;**
- ✓ Il catetere necessita di controllo e medicazione, da eseguire come da protocollo della Direzione Infermieristica, allegato.

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 444 di 524**

## **Complicanze e avvertenze**

Sovrapponibili a quelle di qualsiasi catetere venoso tradizionale

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 445 di 524**Regione Siciliana Assessorato della salute  
GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 48**Pr 086: GUIDA PER IL PAZIENTE CHE SI RICOVERA IN OSPEDALE**

“Il medico che vorrei: mi lascia raccontare la mia storia e veramente mi ascolta è interessato a me come persona mi spiega le cose con chiarezza e risponde alle mie domande mi coinvolge nelle decisioni mi dice la verità ma non mi toglie la speranza stabilisce un buon rapporto con i miei familiari”

CARE

**Premessa**

Gentile Signore/Signora, questa guida nasce per fornirLe informazioni che possono esserLe utili durante l'accoglienza in reparto, durante la degenza e al momento della dimissione. Fra queste informazioni sono particolarmente importanti quelle che riguardano il rapporto che Lei avrà con il personale sanitario, e in particolare con i medici e gli infermieri, che sono quelli che Le saranno più vicini.

- Accoglienza in reparto

L'ingresso in reparto è preceduto dalle attese per il ricovero o per la visita prericovero in Pronto Soccorso. Sono attese che si svolgono spesso in ambienti disagiati e affollati dove i pazienti aspettano anche per ore un turno segnato su inaffidabili elenchi cartacei, e dove hanno difficoltà nell'identificare il personale a cui chiedere informazioni sui tempi di ricovero o sull'assegnazione al reparto di competenza. Si tratta di problemi che riguardano le direzioni dell'ospedale, ma che medici e infermieri spesso imparano a conoscere, e che potrebbero con insistenza segnalare alla direzione sanitaria o all'ufficio relazioni con il pubblico(1).

Giunto in reparto, Lei riceverà dal caposala o da un infermiere le informazioni essenziali sulla sala in cui si ricovera, sui bagni e sul funzionamento del reparto.

**Se il reparto fosse affollato, il Suo ricovero non potesse essere differito e Lei dovesse essere provvisoriamente ricoverato in barella, chiedi che il passaggio a un posto letto sia quanto più sollecito è possibile**, che la barella sia relativamente comoda (larghezza, spessore del materassino) e che sia particolarmente curata l'attenzione per evitare cadute.

Non abbia remore a chiedere informazioni e chiarimenti se ritiene di averne bisogno.

Controlli che le informazioni su di Lei pervenute al reparto siano corrette (nome, cognome, data di nascita, peso e altezza, codice fiscale); riferisca al medico o all'infermiere e chiedi che sia trascritto in cartella il nome del Suo medico di medicina generale, e come raggiungerlo (telefono, fax, posta elettronica): il Suo medico può fornire informazioni aggiuntive alla Sua storia clinica.

Non dimentichi di portare con sé la documentazione sulla sua salute di cui è in possesso (relazioni di ricovero, esami, radiografie, ricette, altro) anche se non sembrano in rapporto con la malattia per cui si ricovera.

La Sua storia.

- La storia che Lei racconta al medico è la fonte d'informazione più importante (più degli esami di laboratorio, di una eventuale TAC e di altro) per fare la diagnosi della Sua malattia (se non è ancora nota) e per prescrivere la cura. Perciò: riferisca al medico se ha malattie croniche, ed eventualmente quali sono, da quanto tempo, come sta ora; quali medicine prende, compresi eventuali prodotti omeopatici o di banco (per esempio: lassativi, tranquillanti, sonniferi), oppure a base di erbe; non dimentichi di

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 446 di 524**

referire eventuali allergie, effetti dannosi di medicine prese in passato, o reazioni a mezzi di contrasto, oppure strumenti medici di cui è portatore (per esempio, pacemaker, stent vascolari). Porti e mostri al medico risultati di precedenti visite mediche, referti di esami, relazioni di dimissione da ospedali o altri luoghi di cura e quant'altro ritiene di interesse sanitario.

- Non si meravigli se il medico Le fa domande che riguardano la Sua famiglia, il Suo lavoro, la Sua casa, la Sua opinione sulle cause del Suo stare male, i motivi che L'hanno indotta al ricovero: queste domande indicano che il medico che l'ha accolta in ospedale è un bravo medico e che s'interessa a Lei come persona e non solo come ammalato.
- Non si meravigli se il medico torna su qualche particolare della Sua storia nei giorni seguenti: vuol dire che ha riflettuto su quello che Lei gli ha raccontato, e Le chiede chiarimenti e integrazioni che possono essere importanti. Nel caso che Lei abbia preso da internet informazioni o indicazioni sul suo stato di salute, ne parli con il medico, e gli chieda commenti o chiarimenti. Si ricordi che non tutto quello che si trova in internet è affidabile e che comunque le informazioni e indicazioni che ha trovato, anche se corrette, possono essere non appropriate per lei.
- Degenza: informazioni utili  
Medici

Avrà cura di Lei l'intero gruppo di medici in servizio nel reparto in cui Lei è degente, e se il reparto è ben organizzato le decisioni che La riguardano (procedure diagnostiche, trattamenti, etc) saranno discusse e condivise all'interno del gruppo. Identifichi i medici del gruppo dalla targhetta con foto che per obbligo di legge essi portano sul camice o sulla divisa. Lei ha il diritto sapere il nome di chi l'assiste; e inoltre, usare il nome di chi l'assiste nel chiamarlo o nel colloquio personalizza il vostro rapporto. All'interno di quel gruppo, Lei avrà un medico come principale responsabile della Sua assistenza, che per ragioni di turno, di ferie o di assegnazione ad altri compiti potrà essere sostituito da altri. Chieda comunque che ogni mattina ci sia un medico che venga a rendersi conto delle Sue condizioni, dei risultati degli esami e delle cure che ha ricevuto: è il medico al quale più che ad altri Lei può chiedere le informazioni che La interessano. Nei giorni festivi potrà venire a verificare le Sue condizioni il medico di guardia o un medico di turno. Nei reparti chirurgici il Suo medico potrà essere impegnato in sala operatoria e potrà essere un altro medico a verificare le Sue condizioni. Il medico di guardia del Suo reparto (o condiviso fra più reparti) interverrà per soccorrerLa al bisogno nelle ore notturne o in giorni festivi, in genere chiamato da uno degli infermieri di turno.

**Infermieri**

Anche gli infermieri portano sulla divisa la targhetta con foto, con le stesse conseguenze favorevoli riportate a proposito dei medici. I compiti degli infermieri sono due, l'uno e l'altro essenziali per la Sua vita in ospedale. Il primo compito consiste nell'eseguire procedure tecniche, di vario impegno, di cui durante la degenza Lei potrà avere bisogno: per esempio, fare un prelievo venoso o un trattamento endovenoso, montare e regolare una fleboclisi, introdurre un catetere vescicale, accompagnarla in bagno, o eventualmente provvedere alla Sua pulizia se come accade il numero di operatori socio-sanitari in servizio nel reparto è insufficiente. Il secondo compito consiste nella sorveglianza delle Sue condizioni giorno e notte, intervenendo direttamente oppure chiamando il medico più vicino o il medico di guardia se Lei sta male e ha bisogno di



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 447 di 524**

aiuto. Per svolgere bene questi compiti è necessario che gli infermieri siano in numero sufficiente (e questo non sempre è vero) e che abbiano una competenza che raggiungono attraverso l'esperienza e tre anni di preparazione universitaria. Ma non solo: sono compiti che richiedono anche comprensione, capacità di comunicazione e vicinanza umana verso i pazienti (quella che si chiama empatia). Gli infermieri generalmente posseggono queste doti, come indica l'osservazione che sono rari i reclami agli organi di controllo per mancanza di rispetto o cattiva comunicazione nei confronti degli infermieri.

I prelievi di sangue per gli esami di laboratorio vengono eseguiti dagli infermieri la mattina, prima della visita; se però alla visita il medico ritiene opportuni altri esami, i prelievi necessari potranno essere eseguiti più tardi, senza perdere un giorno rimandandoli all'indomani.

Esami che richiedono lo spostamento dalla sala di degenza (per esempio: esami di imaging, endoscopie): chiedi di essere informato al mattino degli esami in programma per la giornata.

Se Le verranno proposti esami invasivi o a rischio (per esempio esami radiologici o biopsie) il medico La farà partecipare attivamente alla decisione di eseguirli, spiegandone l'utilità per la diagnosi e/o la terapia e discutendone con Lei. Solo dopo averne discusso con Lei il medico Le chiederà di firmare un consenso informato. Se le informazioni non Le sono chiare, prima di dare per iscritto il Suo consenso non abbia remore a chiedere un ulteriore colloquio con il medico, in modo da ricevere le informazioni e i chiarimenti che ritiene utili.

Se Le verrà prescritta una nuova cura da iniziare in ospedale, il medico Le spiegherà in modo adeguato gli scopi, il beneficio atteso e gli eventuali rischi/inconvenienti della cura prescritta; se la cura è invasiva o a rischio, Le sarà chiesto di firmare un consenso informato, firma per la quale valgono le indicazioni sopra specificate.

Segnala al Suo medico e/o al caposala eventuali inconvenienti (per esempio: bagni sporchi, disturbi non motivati del riposo notturno, cattiva qualità dei pasti) oppure mancanza di rispetto e di cortesia, difetti di comportamento, povertà di informazioni e di comunicazione da parte di medici o infermieri. Se il difetto è grave o non è stato recepito all'interno del reparto, Lei può indirizzare un reclamo scritto all'ufficio relazioni con il pubblico (URP).

- **Raccomandazioni e comportamento**

Non fumi in nessuno degli ambienti dell'ospedale, compresi gli spazi aperti dei reparti di degenza (terrazze, balconi) e i laboratori.

Per evitare infezioni, si lavi accuratamente le mani ogni volta che utilizza la toilette; anche i medici e gli infermieri avranno cura di lavarsi le mani (e gli infermieri di cambiarsi i guanti) prima della visita o di altre prestazioni assistenziali.

Se è collegato a un monitor, non rimuova gli elettrodi e non modifichi la taratura anche se il collegamento al monitor o i rumori da esso provenienti possono dare fastidio: i segnali del monitor possono salvarLe la vita.

Mantenga un comportamento responsabile e rispettoso verso gli altri pazienti e verso il personale sanitario.

Rispetti le regole della vita in ospedale (per esempio: orari e durata delle visite, numero di visitatori). Nelle ore di riposo eviti di usare il telefono cellulare e mantenga la suoneria disattivata.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 448 di 524**

Rispetti gli ambienti, le attrezzature e gli arredi dell'ospedale, e raccomandi lo stesso rispetto ai visitatori. Eviti di disturbare il sonno degli altri pazienti.

- **Dimissione**

Al momento della dimissione, Lei riceverà una "relazione" che contiene una serie di raccomandazioni e di informazioni indirizzate a Lei, ma anche ai Suoi familiari, al Suo medico curante ed eventualmente ad altre strutture sanitarie extra-ospedaliere che avranno cura di Lei (per esempio di assistenza domiciliare integrata). Legga la relazione prima di lasciare il reparto e chieda spiegazioni sui punti che non Le sono chiari al medico che più degli altri ha avuto cura di Lei durante la degenza.

Le raccomandazioni riguarderanno il Suo stile di vita, eventuali consigli dietetici e le medicine prescritte. Si assicuri che sia indicato nella relazione quando e come assumere le medicine (ore del giorno; rapporto con i pasti; se necessario, per quanto tempo, altro). Se una medicina è stata prescritta per la prima volta in ospedale, farsi spiegare dal medico che ha avuto cura di Lei durante la degenza a che cosa serve e quali potrebbero essere gli effetti sfavorevoli.

Si assicuri che la relazione contenga le seguenti informazioni:

- la diagnosi;
- se ha una malattia cronica, una breve sintesi del suo andamento e la ragione o le ragioni per cui è stato ricoverato in ospedale;
- un breve resoconto delle Sue condizioni di salute all'ammissione in ospedale, durante la degenza e alla dimissione;
- i risultati degli esami più significativi all'ammissione in ospedale e alla dimissione; se i risultati di certi esami (per esempio biopsie) non sono pronti, chieda quando saranno pronti e si ricordi di ritirarli o di chiederne l'invio;
- le medicine che ha ricevuto durante la degenza, indicando quali erano già assunte prima dell'ammissione in ospedale e quali sono state prescritte in ospedale;
- la prognosi di residua inabilità lavorativa dopo la dimissione e di conseguenza la durata dell'esenzione dal lavoro;
- nel caso di nuove medicine prescritte in ospedale, chieda che l'ospedale Le fornisca la quantità necessaria al completamento della cura prescritta, o – se si tratta di medicine da prendere a tempo indefinito – la quantità necessaria per un mese di terapia.

Faccia leggere la relazione al Suo medico curante e ottenga da lui informazioni e spiegazioni ulteriori. Tenga presente che nelle malattie croniche la Sua cura sarà essenzialmente extra-ospedaliera e affidata al medico curante ed eventualmente a consulenze specialistiche ambulatoriali, periodiche oppure al bisogno.

Se per qualche ragione non sarà possibile che Lei riceva alla dimissione la relazione definitiva, chieda una lettera provvisoria con la terapia e la data a cui potrà ricevere la relazione definitiva per fax, per email o – se possibile – tornando in reparto in modo da ricevere dal suo medico le spiegazioni opportune.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i membri del Comitato regionale di bioetica della Regione siciliana che hanno partecipato alle attività rendendo possibile la presente pubblicazione e che hanno fornito preziose indicazioni mettendo a disposizione le loro conoscenze. Prof. Pagliaro Luigi - Prof. Garattini Silvio - Dr. Greco Giuseppe - Prof. Remuzzi Giuseppe - Dr. Merlini Giovanni - Dr. Murolo Giuseppe - Dr.ssa Agnello Vittoria - Prof. Attanasio Massimo - Prof. Leone Salvino - Dr.ssa Argo Antonella - Dr. Bonarrigo Agatino Franc -

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 449 di 524**

Dr. Borsellino Nicolò - Dr.ssa Bosio Silvia - Dr. Candela Pasquale - Prof. Cavallaro Sebastiano - Prof. Di Raimondo Francesco - Dr. Di Tommaso Giuseppe - Dr.ssa Furnari M. Grazia - Dr. Giordano Francesco - Prof. Palazzo Adriano Mario - Dr. Pilato Salvatore - Dr. Tinè Fabio - Dr.ssa Traina Rosalia.

Un ringraziamento particolare al Professore Luigi Pagliaro per il contributo scientifico e umano apportato e per l'impegno profuso nella stesura del documento, avendo altresì rappresentato un punto di riferimento per tutti coloro che hanno consentito la realizzazione dello stesso. Si ringrazia inoltre la Consulta regionale della sanità per il contributo offerto durante la fase di consultazione.

1 Intervento del dr. A. Lombardo, segretario regionale ANED, alla riunione della Consulta regionale della sanità del 31 maggio 2013

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 450 di 524**

## PROCEDURA GESTIONALE

### **PR087: ITER DEL PAZIENTE CHE RITORNA IN OSPEDALE CON LA STESSA PATOLOGIA/SINTOMATOLOGIA ENTRO 30 GIORNI DALLA DIMISSIONE**

<i>PREPARATO</i>	<i>VERIFICATO</i>	<i>APPROVATO</i>
<p><i>Direttore</i> <b>U.O.C MCAU P.O. Trapani</b> Dott. Massimo G. Di Martino</p>	<p><i>Responsabile Qualità Aziendale</i> Dott.ssa Maria Anelli</p>	<p><i>Direttore Sanitario</i> <b>P.O. S. Antonio Abate</b> Dott. Francesco Giurlanda</p>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 451 di 524**

## SOMMARIO

1. PREMESSA .....	452
2. DEFINIZIONE DI “RICOVERO RIPETUTO” .....	452
3. SCOPO .....	453
4. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	453
5. LISTA DI DISTRIBUZIONE .....	453
6. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI .....	454
7. PROTOCOLLO OPERATIVO .....	455
<b>1. Compiti del triagista</b> .....	455
<b>2. Compiti del medico di MCAU</b> .....	455
<b>3. Compiti del medico consulente</b> .....	455
<b>4. Conclusione dell’iter.</b> .....	455
<b>5. Istruzioni operative</b> .....	455
8. BIBLIOGRAFIA .....	457
9. ALLEGATI .....	458

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 452 di 524****1. PREMESSA**

Uno dei compiti principali dell'ASP è la governance della richiesta di prestazioni sanitarie che risulti compatibile con le disposizioni ministeriali ( vedi i Livelli Essenziali di Assistenza).

L'appropriatezza prestazionale deve essere riconducibile alla dimensione organizzativa e risultare sia efficace che efficiente.

La Regione Sicilia è posta agli ultimi posti circa il governo della spesa per i ricoveri ospedalieri. Uno degli obiettivi fissati dal ministero, il punto H10, prevede l'analisi dei re-ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione.

Pur essendo possibile l'accesso diretto alle UU.OO. che hanno dimesso il paziente, spesso, lo stesso, si rivolge al Pronto Soccorso che lo ricovera nuovamente.

Si corre il rischio che i DRG dei ricoveri ripetuti non siano più remunerati e, in ogni caso, la presenza di re-ricoveri è un indice di cattiva organizzazione.

Sempre in premessa, appare corretto ricordare che se il medico di Pronto Soccorso decide di ricoverare un paziente che presenta determinati sintomi urgenti, il comportamento (ricovero) sarà ripetuto ogni qualvolta il paziente si ripresenta con gli stessi sintomi, pertanto è necessario interrompere questo ciclo.

**2. DEFINIZIONE DI "RICOVERO RIPETUTO**

Si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie, a carico del SSN, che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione. (Ministero della Salute)

La remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 453 di 524**

(esempio: 1°ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);

- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi, in relazione alle attività di controllo;

- altro problema è legato alle difficoltà che spesso la famiglia incontra all'atto della dimissione, per l'assistenza a pazienti fragili, in cui una mancata programmazione della dimissione, con il coinvolgimento del territorio, porta al rientro in Ospedale del paziente.

Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla legge n. 449 del 27 dicembre 1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".

Risulta particolarmente grave se tale parcellizzazione delle cure comportasse ulteriori carichi di lavoro per il Pronto Soccorso.

Infine, la dimissione ospedaliera deve essere trasformata da evento estemporaneo a percorso virtuoso, che comincia ben prima dell'effettivo abbandono della struttura ospedaliera, con programmazione delle fasi successive.

**3. SCOPO**

Ridurre i ricoveri ripetuti e, di conseguenza, gli accessi al pronto soccorso e sensibilizzare sulla problematica "ricoveri ripetuti" le varie Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Trapani.

**4. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Medici e infermieri di tutte le Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Trapani, con posti letto, ordinari e day hospital. Personale medico e infermieristico dell'UOC MCAU di Trapani

**5. LISTA DI DISTRIBUZIONE**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 454 di 524**

La presente procedura è inviata per conoscenza, approvazione, controllo ed applicazione, a:

- ✓ Direttore Sanitario Aziendale
- ✓ Responsabile Qualità aziendale
- ✓ Direttori delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Trapani di degenza e di DH
- ✓ Personale medico ed infermieristico dell'UOC MCAU del P.O. di Trapani
- ✓ Personale medico ed infermieristico delle Unità Operative di degenza e di DH

Evidenza della avvenuta distribuzione è rappresentata dalla corretta compilazione del Registro distribuzione documenti **DR.1.PRG.001DrQ** (allegato), parte integrante della presente procedura.

La Direzione sanitaria del presidio provvederà a distribuire la procedura ai Direttori delle UOC del Presidio Ospedaliero. Sarà cura degli stessi Direttori provvedere ad informare il personale medico ed infermieristico utilizzando apposito registro di distribuzione DR.1.PRG.001DrQ

**6. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI**

<i>REV.</i>	<i>DATA</i>	<i>MOTIVO</i>
<b>0</b>	<b>17.10.2016</b>	<b>PRIMA EMISSIONE</b>



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 455 di 524**

## 7. PROTOCOLLO OPERATIVO

- **Compiti del triagista:**

Il triagista, al presentarsi di un paziente dimesso (entro 30 giorni) per lo stesso motivo, si comporterà come per tutti gli altri pazienti, quindi, compilerà una scheda di triage e lo farà accedere alla sala visita, secondo il codice di priorità ricevuto;

- **Compiti del medico di MCAU::** Il medico di pronto soccorso che visita il paziente, resosi conto della dimissione entro 30 giorni e che il motivo di presentazione è simile a quello della dimissione, valutato che non si tratta di emergenza sanitaria e che le condizioni del paziente sono stabili, invierà il paziente all'U.O. che ha dimesso il paziente (**con richiesta di consulenza sulla quale sarà specificato che trattasi di rientro del paziente**);

- **Compiti del medico consulente:** Il medico consulente, confermato che si tratta di rientro per lo stesso motivo o conseguenze legate al precedente ricovero, prenderà in carico il paziente e si assumerà la piena responsabilità dello stesso e potrà decidere:

1. ricoverare il paziente (caso nel quale invierà apposita richiesta per il ricovero), provvedendo alla ricerca del posto letto o ricoverandolo in barella,
2. richiedere ulteriori esami (tali esami dovranno essere richiesti dall'U.O. che esegue la consulenza con la modulistica in dotazione. Non potrà essere posta a carico del Pronto Soccorso l'esecuzione di tali esami),
3. dimettere il paziente ed eventualmente rinviarlo all'ambulatorio divisionale, fissando ora e giorno della visita.
4. Il paziente non potrà essere trasferito/ricoverato in altra U.O. dello stesso o di altri nosocomi, escludendo necessità assistenziali per il paziente.
5. La procedura per la richiesta degli esami ematochimici è descritta nell'ALLEGATO 1, parte integrante della presente procedura.

- **Conclusione dell'iter::** Il pronto soccorso, se il paziente è dimesso, chiuderà l'accesso come "invio a struttura specialistica".

- **Istruzioni operative:**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 456 di 524**

Uno degli obiettivi del presente protocollo è la sensibilizzazione sul problema “ricoveri ripetuti” di tutte le UU.OO. aziendali. A tal fine deve essere implementato quanto di seguito descritto:

- all’atto della dimissione , il medico incaricato alla dimissione deve provvedere ad informare il paziente sulle procedure per accedere all’Unità Operativa in caso di ricaduta o altri problemi che si possono presentare, legati sempre al motivo del ricovero.
- Il medico di reparto deve pianificare anticipatamente il rientro al domicilio del paziente , contattando sia il medico di MG che i familiari, eventualmente attivando le procedure per la dimissione protetta.
- sulla certificazione di dimissione devono essere indicati i numeri telefonici dedicati al paziente dimesso per eventuali chiarimenti o problemi

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 457 di 524**

## **8. BIBLIOGRAFIA**

- Indicatori sulla governance (PACA 2014)
- Ridurre le re-ospedalizzazioni a 30 giorni. Si può fare, con la “complicità” del paziente; quotidianosanita 31/10/1
- Legge di Stabilità 2013q
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010
- Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2016
- Legge n. 449 del 27 dicembre 1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 458 di 524**

## **9. ALLEGATI**

- 1. DR.1.PRG.001DrQ** “Registro distribuzione documenti”
- 2. ALLEGATO 1** “Procedura Richiesta esami”

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 459 di 524**

## ALLEGATO 1

### PROCEDURA RICHIESTA ESAMI EMATO CHIMICI

- a. aprire il gestionale del laboratorio
- b. schiacciare il pulsante “paziente” posto in alto a sinistra
- c. schiacciare il pulsante “imposta” posto in basso a sinistra
- d. schiacciare “Filtro Avanzato”, pulsante con lente d’ingrandimento sito in alto a dx, a fianco di “cognome”
- e. nella maschera che si apre inserire l’anagrafica del paziente
- f. schiacciare “Carica”
- g. schiacciare l’icona *omino* posta a fianco del paziente scelto
- h. il paziente verrà posto fra i pazienti

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 460 di 524**

Regione Siciliana Assessorato della salute

**Pr 088: LA RELAZIONE TRA PAZIENTE E MEDICO IN  
OSPEDALE**

G. U. R. S. - PARTE I n. 48

*Medicina è più della somma delle nostre conoscenze sulle malattie. Medicina è anche farsi carico delle esperienze, dei sentimenti e delle interpretazioni di esseri umani in momenti di paura, ansia e incertezza.*

Osler

**Premessa**

Ci sono fra il medico che lavora in ospedale e il medico di medicina generale (MMG) alcune notevoli differenze: il MMG viene scelto dal paziente, mentre il medico e l'equipe medica d'ospedale sono assegnati dalla sorte al paziente che si ricovera; il MMG ha con i pazienti conoscenza e continuità di cura che si misurano in anni, mentre il medico d'ospedale ha con il paziente ricoverato un contatto di giorni o di qualche settimana (oggi sempre più breve); il MMG conosce molto spesso la famiglia del paziente e il suo ambiente, mentre il medico d'ospedale conosce solo il paziente; il MMG ha, dei problemi di salute del paziente, una conoscenza e una considerazione globali, mentre il medico d'ospedale tende a focalizzarsi sul ristretto problema che ha causato il ricovero; infine, almeno fin oggi il MMG ha con i pazienti un rapporto individuale, uno a uno, mentre in ospedale il paziente entra in rapporto con una equipe di medici, anche se uno dell'equipe può essere più direttamente responsabile dei suoi problemi.

Sono differenze che favoriscono la creazione fra MMG e pazienti di una relazione di empatia – cioè di comprensione, partecipazione e caring – che per i medici d'ospedale è più difficile raggiungere. E infatti, mentre la maggioranza dei medici d'ospedale intrattiene con i pazienti un rapporto di rispetto e cortesia, una percentuale di essi stimata fra il 20% e il 25% ha nei confronti dei pazienti difetti di relazione interumana, mentre sono assai più frequenti i difetti di comunicazione e di informazione (vedi note 1 e 2 e relative evidenze dalla letteratura). In considerazione di queste osservazioni, le pagine seguenti hanno lo scopo di fornire un promemoria dei comportamenti che possono facilitare oppure ostacolare la creazione di una relazione positiva fra medici d'ospedale e pazienti nella pur breve durata del loro rapporto.

**1. L'accoglienza in ospedale**

Il ricovero in ospedale è per qualunque persona un momento difficile, di ansia, di paura, di estraneità dell'ambiente in cui si troverà a vivere e di lontananza dalla famiglia. In questa situazione, il medico e l'infermiere che con lui hanno i primi contatti devono fargli sentire che egli è una persona e non "un altro caso". Questo vuol dire salutare, presentarsi, avere un atteggiamento amichevole, infondere fiducia sull'efficacia che avrà il ricovero e assicurare che si cercherà di attenuare il più possibile i disagi materiali e morali della vita in ospedale.

**2. La storia**

La storia (o anamnesi) è uno strumento anche oggi insostituibile per capire chi è il paziente, perché si ricovera e per fare ipotesi sulla sua malattia e sul suo trattamento. Ed è anche la prima e talvolta l'unica occasione per un incontro non fugace e per la creazione di una relazione positiva fra il medico e il malato. Però la storia è anche la parte più difficile del

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 461 di 524**

lavoro del medico e quella che richiede più tempo. Evitando la pretesa di insegnare a medici esperti come si fa la storia, ricordiamo sei precetti utili per avviare dalla storia la creazione della relazione interumana fra medico e paziente.

1. Non rivolgersi a un paziente adulto dandogli del tu.
2. Evitare che altri possano udire il racconto del paziente.
3. Usare un linguaggio comprensibile evitando il gergo medico, e accertarsi che il paziente lo capisca.
4. Non ignorare le manifestazioni non verbali (espressione del viso, gesti, pause), che possono essere più espressive delle parole.
5. Iniziare la storia con domande molto generali (open ended questions), per esempio: perché si è ricoverato? Che problemi ha? Non interrompere il racconto del paziente in risposta a queste domande: in meno di un terzo dei casi i pazienti riescono a completare il racconto dei propri problemi, che viene interrotto da domande premature dopo una media di 23 secondi. Una volta interrotti, raramente i pazienti riprendono il filo del loro racconto e la storia si trasforma in un interrogatorio nel quale il medico fa le domande e il paziente dà risposte circoscritte all'oggetto della domanda, senza poter parlare liberamente dei propri problemi e delle proprie preoccupazioni. Si perdono così informazioni importanti – qualche volta le più importanti – e si perde per il medico la possibilità di trasformare la storia in un'occasione per avviare la relazione con il paziente.
6. Può accadere (e accadrà sempre più spesso) che un paziente Le dica di aver trovato in internet informazioni o indicazioni di salute e chiedi il Suo parere. In genere il paziente vuole realmente avere il parere del medico, non alimentare una polemica (1); e una risposta appropriata può migliorare la relazione medico-paziente (2). E infatti i pazienti, anche se ricercano informazioni in internet, hanno fiducia nel medico come giudice finale della loro affidabilità e appropriatezza (2, 3). Il parere del medico può essere diverso: l'informazione o indicazione da internet può essere inaffidabile (stile terapia Di Bella), e in questo caso il medico deve garbatamente spiegarlo al paziente (“non sempre si può credere a quello che si legge in internet”); oppure può essere corretto, ma inappropriato per il paziente (“va bene, ma quella cura o quell'esame non sono appropriati per lei”). Infine, l'informazione o l'indicazione possono essere interessanti, e il medico farà bene a riconoscerlo, eventualmente chiedendo dove il paziente le ha trovate per verificarle e magari approfondirle (“è un'idea promettente; dove l'ha trovata?”).

3. Che cos'è la malattia e che cos'è la medicina narrativa

3.1. Che cos'è la malattia

Il concetto di malattia ha tre componenti (4): 1. malattia come disease, cioè come un problema biologico che dev'essere diagnosticato e curato: comprende etiologia e fattori di rischio, sintomatologia e decorso, diagnosi, prognosi, terapia. 2. malattia come illness, cioè la malattia come è vissuta dal malato: sofferenza, disabilità fisiche e – nelle malattie gravi o ad esito incerto – profonde reazioni emozionali di preoccupazione e talvolta di angoscia. 3. Malattia come sickness, cioè come problema economico-sociale.

Il medico concepisce la malattia soprattutto come disease, cioè come problema biologico da diagnosticare e curare; è questa la funzione che la società gli chiede e che deve assolvere, ed è un passaggio necessario per la diagnosi e la terapia. Nella professione di oggi deve anche considerare la malattia come sickness, per la quale secondo disposizioni dell'AIFA o delle regioni può o non può prescrivere certe procedure diagnostiche e certe medicine. E la malattia come illness? Partecipare più o meno alla sofferenza e alla vita



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 462 di 524**

emozionale dei pazienti dipende dalla sensibilità dei medici, ma almeno in una certa misura è necessario per una pratica medica efficace. È il caso a questo proposito di riportare un brano dalla conclusione di un lavoro del 1927 molto citato e tenuto in alta considerazione (5): *“La malattia nell’uomo non è mai esattamente come la malattia in un animale da esperimento, perché nell’uomo la malattia influenza quella che noi chiamiamo vita emozionale, e ne viene influenzata. Così, il medico che tenta di prendersi cura di un paziente mentre trascura questo fattore è nonscientifico come il ricercatore che trascura di controllare tutte le condizioni che possono influenzare il suo esperimento”*.

### 3.2. La malattia come disease e come illness

La storia sarebbe l’occasione principale e in ospedale forse l’unica per iniziare a esplorare gli aspetti umani ed emozionali di un paziente e per iniziare a costruire tra medico e paziente una relazione che veda quest’ultimo come una persona e non come “un altro caso”. Ma l’anamnesi raccolta dal medico e trascritta in cartella descrive il paziente come portatore di un problema puramente biologico (disease) (6, p.50-51; 7); e non contiene alcun cenno alla sua storia umana ed emozionale e a come egli vive l’esperienza della malattia e delle sue conseguenze, cioè della malattia come illness. Potrebbe contribuire ad alleviare le reazioni emozionali di un paziente con malattie gravi o ad esito incerto la vicinanza dei familiari, che è invece limitata dalla povertà di comunicazione con i medici (vedi nota 2) e da regole ospedaliere troppo restrittive, specie in terapia intensiva (8); e potrebbe essere di aiuto la partecipazione di pazienti o di loro familiari ad associazioni per malattia o generali. Un esempio particolarmente toccante sono in Sicilia le associazioni dei genitori di bambini con malattie onco-ematologiche, che riescono a migliorare la qualità di vita nei reparti di degenza e collaborare efficacemente con i medici (9). La non esplorazione o l’indifferenza nei confronti della vita emozionale dei pazienti e dei familiari si traducono in una limitazione dell’efficacia clinica della medicina (Peabody, 5) e in un’amputazione del concetto di malattia, che rimane un problema biologico da risolvere – importante ma incompleto senza una conoscenza del mondo interiore dei malati. E’ questo il senso del detto, spesso citato da Osler (6, p. 51), secondo cui “è più importante sapere che tipo di paziente ha una malattia che sapere che tipo di malattia ha il paziente” (vedi box).

#### Box.

Il paziente come persona: alcune domande che il medico dovrebbe porsi per conoscere il paziente come persona

1. Chi è questo paziente? Quali sono i suoi interessi, i suoi affetti, il suo lavoro, le sue preoccupazioni?
2. Perché ha chiesto una visita (o si ricovera?) Che idea si è fatto della sua malattia, quali preoccupazioni ha per il suo futuro a breve e a lunga scadenza?
3. Come vive le conseguenze funzionali della sua malattia (dolore, altri disturbi, inabilità)?
4. Che cosa spera che i medici possano fare per aiutarlo?
5. Che cosa pensa e sente riguardo alla sua malattia, alle procedure diagnostiche, al trattamento e ai medici (paura, mancanza di fiducia, tristezza, ambivalenza tra sentimenti negativi e positivi)?

### 3.3. Che cos’è la medicina narrativa

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 463 di 524**

La storia della malattia “raccontata” dal paziente o dal medico che ne ha avuto cura è il tema della medicina narrativa, che negli ultimi 15-20 anni ha suscitato molto interesse (10-13) e stimolato varie esperienze anche in Italia (14). La narrazione che fa un paziente dell’esperienza della propria malattia la rivela come illness – con il suo carico di sofferenza, paura, richiesta di aiuto – e può risvegliare nel medico riflessione, comunicazione ed empatia. Nell’esempio seguente il narratore è Stewart Alsop, famoso giornalista americano che morì poco dopo la pubblicazione del libro da cui è tratto l’esempio (15).

- L’inizio. Negli ultimi tempi mi ero sentito un po’ stanco, e avevo sofferto di respiro corto, ma come quella mattina non mi ero sentito mai, boccheggiai come un pesce fuor d’acqua e sentivo il cuore battermi furiosamente. Per un lungo momento l’unica cosa che riuscii a fare fu di mantenermi in piedi ...

- Dal dottore. Il Dottor Perry aveva un’aria grave: “Siete anemico. Molto anemico. Desidero che subito, questo stesso pomeriggio, entriate al Georgetown University Hospital.” “E’ un cancro?” domandai. Ne sapevo abbastanza per fare quella domanda. “Per il momento non è questa la mia prima preoccupazione” mi rispose il dottor Perry. Tuttavia dal suo tono compresi che non escludeva affatto l’ipotesi di un cancro.

- Stewart Alsop al medico che legge la sua mielobiopsia: “E si vedrà se ho un cancro?” domandai “Sì”, rispose con sicurezza “se avete un cancro e di che tipo” Quelle sue parole lasciavano intendere che non aveva molti dubbi sul fatto che avessi un cancro. Dopo di che uscì e lasciò soli Tish [la moglie] e me; avevo paura e allungai un braccio per prenderle una mano che sentii calda, confortevole, estremamente viva. Tish passò la notte nella mia camera su una brandina vicino al mio letto. Mi svegliai due volte, nonostante la pillola di sonnifero che avevo preso; avevo paura, e cercai la mano di mia moglie. Entrambe le volte Tish era sveglia.

Fatalmente meno intensa è la carica emozionale della narrazione che può fare un medico dell’incontro con un paziente. La narrazione del medico può essere breve e trascritta in cartella per fissare una traccia di chi è il paziente e di come vive l’esperienza di malattia; per esempio: “Va osservato che il Signor X ha generalmente evitato di andare dai medici. Ora si è deciso perché è seriamente preoccupato e teme di avere un cancro del polmone. Un suo caro amico, anch’egli fumatore, è morto di quella malattia 5 anni fa, e il Signor X teme di poter avere la stessa diagnosi, ma spera che siamo in tempo per affrontarla, forse iniziando con una TC” (6, p. 51). Oppure può essere più estesa, per esempio riportando il racconto che fa il Signor X dei suoi sintomi e delle sue paure (ho tosse da più di un mese; la tosse è senza espettorato, ma di notte mi sveglia più volte, e sveglia anche mia moglie; non mi ricordo come cominciò la malattia del mio amico: anche lui ebbe la tosse? Ma forse aveva espettorato col sangue, e io per fortuna non ne ho, in questo caso trascrivendola sulla “cartella parallela” inventata dalla Charon (11), o in uno scritto indipendente (“reflective writing”[16])).

1. Bylund CL, Gueguen JA, Sabee CM et al. Provider-patient dialogue about Internet health information: an exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. Patient Educ Couns 2007; 66: 346-52.

2. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. Arch Intern Med 2003; 163: 1727-34.

3. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL et al. Trust and sources of health information. The impact of internet and its implications for health care providers: Findings from the first health information national trends survey. Arch Intern Med 2005; 165: 2618-24.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 464 di 524**

4. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988, p. 4-6.

5. Peabody FW. The care of the patient. JAMA 1927; 88: (12) 877-82.

6. Pagliaro L, Bobbio M, Colli A. La Diagnosi in medicina. Milano: Raffaello Cortina Editore. 2011.

7. Donnelly WJ. The language of medical case histories. Ann Intern Med 1997; 127: 1045-8.

8. Berwick DM, Kotagal M. Restricted Visiting Hours in ICUs. Time to Change JAMA 2012; 292: 736-37.

9. Lentini G. Intervento alla Consulta regionale della sanità. Palermo, 31 maggio 2013.

10. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA 2001; 286: 1897-1902.

11. Charon R. Narrative medicine. Honoring the stories of illness. Oxford University Press, 2006.

12. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based medicine. Why study narrative? (First article of a series of 5). BMJ 1999; 318: 48-50.

13. Master of Science in Narrative Medicine, 2013. <http://ce.columbia.edu/C>.

14. Polvani S. La narrazione percorso di cura – integrare “disease” e “illness”. Progetto triennale nelle malattie croniche. Il Sole 24 ore Sanità Anno XV, n. 23, 12-28 Giugno 2012.

15. Stewart Alsop. In attesa di esecuzione. Milano: Mondadori, 1974, pagg. 15 e 17.

16. Charon R, Hermann N. A sense of story, or why teach reflective writing? Acad Med 2012; 87: 5-7.

4. Comportamento e raccomandazioni. Relazione con i pazienti e competenza

4.1 Relazione con i pazienti

La prima regola di comportamento per i medici e gli infermieri (1), che in ospedale sono i più vicini ai pazienti, è di usare nei loro confronti rispetto e capacità di comunicare. I pazienti preferiscono medici che siano interessati al proprio lavoro, che li ascoltino con attenzione, che siano aperti al colloquio, che realmente e attivamente si occupino di loro (1) e che siano capaci di guadagnarsi la loro fiducia (2). Sono molti i medici che nel giudizio dei pazienti posseggono queste caratteristiche positive. Altri medici se ne allontanano e mostrano difetti di relazione con i pazienti – e in questo caso tendono a ripeterli nel tempo, così che un numero di medici relativamente modesto incorre in un gran numero di difetti di relazione (nota1).

Dati i tempi di degenza limitati, nell'ospedale la fiducia dei pazienti nei confronti dei medici può essere influenzata dal senso di affidabilità, dall'organizzazione, dalla puntualità e dalla pulizia del setting ospedaliero, che sono più rapidamente percepibili (2). Ma anche nel breve tempo di degenza può crearsi un variabile grado di fiducia nei medici (2), che dipende dalla relazione positiva medicopaziente e dalla competenza clinica (3, 4; vedi nota 1); quest'ultima richiede da una parte esperienza e dall'altra capacità di ricerca, selezione e applicazione critica di nuove conoscenze dalla letteratura scientifica.

4.2 Competenza: esperienza e letteratura scientifica

Il valore dell'esperienza.

L'esperienza non si misura con gli anni di pratica. Per chi non riflette sui pazienti incontrati, su come ha fatto diagnosi e su come ha deciso una cura, gli anni di una pratica vissuta come routine fanno dimenticare ciò che si era appreso, riducendo e non aumentando la

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 465 di 524**

competenza (5). Al contrario, diventa un fattore determinante per creare e mantenere la competenza clinica (performance) l'esperienza che si associa alla riflessione sulle proprie diagnosi e decisioni e sui propri errori (feedback); allo scambio di idee con i colleghi nel lavoro di equipe (3); e allo studio, specie se stimolato dai problemi dei pazienti.

La letteratura scientifica.

Il medico non può avere conoscenze sufficienti a gestire la totalità dei problemi clinici che incontra nella pratica. Perciò deve ricercare le conoscenze che gli mancano o che sono incomplete o incerte sui libri, che però invecchiano presto, e soprattutto sulle riviste di medicina, in versione cartacea oppure online. In molti Paesi, tutti i medici iscritti all'ordine ricevono gratuitamente una rivista scientifica che li aiuta in questo compito, per esempio il BMJ in UK. Non è così in Italia; perciò il Comitato regionale di bioetica ha il progetto – LINF (Libreria INFormatica) – di rendere disponibile per l'Assessorato l'accesso al full text degli articoli di riviste scientifiche internazionali. Una soluzione alternativa (o preliminare) può consistere nell'abbonamento ad UpToDate, che è un trattato online equivalente a oltre 70.000 pagine di testo se fosse stampato, continuamente aggiornato e che non accetta pubblicità dall'industria. Ad UpToDate sono già abbonate varie strutture sanitarie della Regione (per esempio, Azienda ospedaliera Cervello – Villa Sofia; ASP di Palermo).

Le conoscenze che i medici ricavano dalla letteratura scientifica possono essere di grande aiuto per migliorare la qualità della loro professione (7, 8). Però il loro impiego ha tre limiti: primo, molte domande che pongono i medici non trovano risposte nella letteratura (9). Secondo, solo una piccola parte degli articoli pubblicati fornisce informazioni che siano metodologicamente valide e clinicamente utili (10). Terzo, le conoscenze della letteratura riguardano le malattie (per esempio: la cardiopatia ischemica, la polmonite, l'artrite reumatoide), mentre i medici incontrano pazienti individuali che all'interno di una diagnosi differiscono per età, severità o stadio di malattia, comorbidità, preferenze, differenze di risorse o carenze locali e altro. Rimane quindi per il medico il problema non sempre facile di "contestualizzare"(11) valutando caso per caso l'applicabilità delle conoscenze acquisite (12-14).

1. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009; 59(561): e116-e133.

2. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quart* 2001; 79: (4) 613-39.

3. Sargeant J, Mann K, Sinclair D et al. Learning in practice: experiences and perceptions of high-scoring physicians. *Acad Med* 2006; 81: 655-60.

4. Reed DA, West CP, Mueller PS et al. Issues in graduate medical education. Behaviors of highly professional resident physicians. *JAMA* 2008; 300: 1326-33.

5. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 260-73.

6. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004; 79: (10) S 70-S81.

7. Sackett DL., Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.

8. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis J N et al. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012; 7: 50.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 466 di 524**

9. Naylor CD. Gray zones in clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995; 345: 840-2.

10. Haynes RB. The best new evidence for patient care. *ACP Journal Club* 2008 JC3-2, in *Ann Intern Med* 148(10), May 20 2008.

11. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. *JAMA* 2010; 304: (11) 1191-97.

12. Sweeney KG, MacAuley D, Pereira Gray D. Personal significance: the third dimension. *Lancet* 1998; 351: 134-6.

13. Shaughnessy AF, Slawson D, Becker L. Clinical Jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine. *J Fam Pract* 1998; 47: 425-8.

14. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G et al. Patient-centered decision making and health care outcomes. An observational study. *Ann Intern Med* 2013; 158: 573-79.

**5. Dimissione**

La dimissione di un paziente è una transizione di cura e di responsabilità dall'ospedale al medico di medicina generale o a un'altra struttura sanitaria. Può essere un momento critico, seguito da eventi avversi (reazioni avverse a una medicina prescritta in ospedale, complicanze di procedure eseguite durante la degenza, altre) o da una ri-ospedalizzazione in tempi brevi, con le sue conseguenze sul morale del paziente ed economiche (1). Per evitare questi inconvenienti i medici dell'ospedale devono dotare il paziente di una relazione di dimissione che riporta informazioni essenziali e raccomandazioni per lui, per la famiglia e per il medico o i medici che saranno responsabili della sua salute. Alcuni suggerimenti per compilare la relazione (2, 3):

1. Non scrivere la relazione a mano (possibile grafia incomprensibile), non usare sigle (per esempio: PCI per intervento coronarico percutaneo); evitare il gergo medico, spaziare con una interlinea di 1,5 righe la trascrizione di informazioni e raccomandazioni.
2. Informazioni essenziali:
  - Diagnosi; se il paziente ha una malattia cronica, informazioni sulla durata e sul decorso; motivi dell'ospedalizzazione;
  - condizioni mentali e fisiche all'ammissione in ospedale, durante la degenza e alla dimissione;
  - follow – up: sintomi e segni di cui sorvegliare eventuale presenza o modifiche dopo la dimissione;
  - risultati degli esami significativi all'ammissione e alla dimissione (per esempio: glicemia in un diabetico) e di quelli eseguiti durante la degenza (per esempio di imaging);
  - follow – up: eventuali esami da eseguire dopo la dimissione;
  - consigli sullo stile di vita (non fumare, attività fisica, consigli dietetici, medicine da evitare, altro);
  - “riconciliazione” dei trattamenti: quali medicine assumere dopo la dimissione, riportando quali erano assunte prima del ricovero e quali sono state iniziate in ospedale; specificare il motivo di queste ultime. Nel caso di nuove medicine prescritte in ospedale, fornire la quantità necessaria al completamento della cura prescritta, o – se si tratta di medicine da prendere a tempo indefinito - la quantità necessaria per un mese di terapia.
  - Prognosi residua dopo la dimissione: se il paziente è impiegato in un'attività lavorativa la prognosi è necessaria per stabilire la durata di esenzione dal lavoro.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 467 di 524**

– Leggere la relazione con il paziente e dare i chiarimenti eventualmente richiesti.

– Raccomandare al paziente di fare leggere al medico curante la relazione.

Consigliabile prepararsi una checklist a cui attenersi

– Se per qualche ragione (per esempio attesa per il risultato di un esame) non è possibile alla dimissione dare al paziente la relazione, dargli una lettera provvisoria con la terapia e la data in cui potrà avere la relazione definitiva per fax, per e-mail o, se possibile, tornando in reparto in modo da ricevere spiegazioni sui punti che non gli sono chiari.

1. Fontanarosa PB, McNutt RA. Revisiting hospital readmissions. JAMA 2013; 309: 398-400.

2. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists J Hosp Med 2007; 2: 314-23.

3. Kim CS, Flanders SA. Transitions of care. In the Clinic. Ann Intern Med 2013; 158: (5) ITC3-2 to 3-16.

1 È in preparazione un documento sul rapporto fra pazienti, infermieri e operatori socio-sanitari.

La relazione tra paziente e medico in ospedale. Tre note

Nota 1. Conoscenze sulla relazione fra medici e pazienti

Parla uno studente: “Durante la mia prima settimana di frequenza [in ospedale] ero assolutamente sbalordito di come i medici trattavano i loro pazienti. Come non erano affatto umani con essi. Ma dopo una settimana, mi sorpresi a comportarmi come loro...Questo mi faceva paura, perché sentivo che stavo prendendo la strada sbagliata (1).

In ospedale molti medici intrattengono con i pazienti una relazione fatta di buona educazione, rispetto, cortesia, comunicazione ed empatia. Ma non sono pochi (tra il 20% e il 25%, [2]) i medici che hanno nei confronti dei pazienti difetti di relazione. Fra questi difetti, uno dei più frequenti riguarda la comunicazione, quantitativamente scarsa e povera di contenuti umani e di informazioni sulla malattia, sulle procedure diagnostiche e sulla terapia. I medici che manifestano difetti nella relazione con i pazienti tendono a ripeterli nel tempo (3, 4), cosicché percentuali relativamente modeste di medici vanno incontro a un gran numero di difetti di relazione, mentre la maggioranza degli altri ne sono esenti anche in lunghi anni di pratica.

Le conoscenze su difetti della relazione medici-pazienti o infermieri-pazienti derivano in gran parte dai reclami alle autorità regolatorie, molti dei quali inviati da pazienti o da loro familiari. Poiché solo una parte delle lamentele dei pazienti si traduce in reclami, è verosimile che esse siano più frequenti di quanto appaia nella letteratura scientifica (4).

I reclami sono più frequenti nelle specialità chirurgiche che nelle specialità mediche (2), e sono 5 volte più frequenti per i medici che per gli infermieri (5). I più frequenti difetti della relazione medicopaziente segnalati dai pazienti e tradotti in reclami riguardano la comunicazione, inadeguata per quantità e qualità, gli errori di diagnosi o di terapia che si traducono in mancanza di fiducia e indicano ipocompetenza clinica, e la mancanza di rispetto (5-8). Lo studio molto citato di Wofford et al (8) riporta sette difetti della relazione medico-paziente rilevati dai pazienti o dai loro familiari che in ordine di frequenza sono i seguenti:

- mancanza di rispetto;
- trattamento inadeguato rispetto alle attese dei pazienti;
- informazione insufficiente;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 468 di 524**

- incapacità di ispirare fiducia;
- indisponibilità (specie dei medici più anziani, per esempio primari);
- cattiva comunicazione fra i medici dello staff;
- informazione mancante o sbagliata da medico a paziente.

I reclami per difetti nella relazione dei medici tendono ad aumentare nel tempo, forse perché aumentano la sensibilità dei pazienti nei confronti di questi difetti e la loro traduzione in reclami formali, grazie anche allo sviluppo delle organizzazioni di volontariato. Per esempio, un costante aumento dei reclami tra il 2007 e il 2012 è stato recentemente registrato dal General Medical Council in UK (9).

1. Bombeck K, Symons L, Debaene L et al. Help, I'm losing patientcentredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ* 2010; 44: 662-73.
2. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring and addressing unprofessional behavior. *Acad Med* 2007; 82: (11) 1040-48.
3. Bovbjerg RR, Petronis KR. The relationship between physicians malpractice claims and later claims: does the past predict the future? *JAMA* 1994; 272: 1421-26.
4. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC et al. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia Published online first. *Quality and Safety in Health Care* 2013; 0: 1-9.
5. van Mook WNKA, Gorter SL, Kieboom W et al. Poor professionalism identified through investigation of unsolicited healthcare complaints. *Postgrad Med J* 2012; 88: 443-50.
6. Montini T, Noble EA, Stelfox HT. Content analysis of patient complaints. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: (6) 412-20.
7. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authority. *JAMA* 2007; 298: 993- 1001.
8. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J et al. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79: 134- 38.
9. Boseley S. *The Guardian*, September 18 2012.

## Nota 2. Comunicazione e informazione

Giacomo Cardaci, un giovane lungamente e ripetutamente ricoverato in ospedale durante due anni per un linfoma, ha raccontato in un libro (1, pag. 197) la sua esperienza sui medici e sul loro modo di comunicare (o non comunicare) con i pazienti: “credo che a 23 anni ho avuto a che fare con una settantina di medici [delle più varie specialità]...Ciononostante, credo di aver parlato per più di cinque minuti soltanto con una decina di questi medici”...[Il medico] dirigeva le domande e le mie erano risposte monosillabiche, che non veicolavano nessuna informazione ma erano soltanto un modo asettico per confermare o negare le sue ipotesi.

Questo frammento di Giacomo Cardaci descrive fedelmente i difetti di comunicazione dei medici, (specie degli esperti in specialità sempre più settoriali: il medico che dirige le domande è un aritmologo). E' ristretto il tempo lasciato allo spontaneo racconto dei sintomi, delle preoccupazioni e dei riflessi della malattia sulla vita del paziente. La povertà di tempi e di qualità della comunicazione fra pazienti e medici è identificata in molti studi (per esempio 2-5) come uno dei difetti maggiori e più sentiti dai pazienti nella loro relazione con



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 469 di 524**

i medici. In uno di questi studi (4) un basso punteggio nella capacità di comunicazione nell'esame di stato al Medical Council of Canada era il più accurato predittore dell'incidenza di reclami alle autorità regolatorie, metà dei quali per difetti di comunicazione, nella successiva pratica professionale.

– I difetti di comunicazione nella storia. In circa l'80% delle anamnesi il medico interrompe il racconto iniziale del paziente con domande premature dopo un tempo medico di 23 secondi (6); e una volta interrotto, assai raramente il paziente ha l'occasione di riprendere il filo del discorso. Nello scarno colloquio fra medici e pazienti non entrano le conseguenze psicologiche della malattia e le preferenze del paziente fra opzioni alternative: il medico non le esplora e il paziente spontaneamente non le manifesta (3). Eppure si tratta di aspetti che completerebbero la diagnosi e influenzerebbero la prescrizione della terapia (7).

– I difetti di comunicazione durante la degenza. Durante la degenza il paziente può sentirsi non più una persona ma solo “un altro caso” (“I am not a person; I am just another case” [8],) o il medico può considerarlo solo nella sua essenza biomedica “un caso molto interessante” (“I have really a great case”, [9]), e gli occasionali colloqui non hanno nulla di personale. Un indice dello scarso rapporto fra medici e pazienti è l'osservazione che il 26% dei pazienti non sa come si chiama il suo medico responsabile (10).

– I difetti nel dare informazioni. I pazienti desiderano intensamente informazioni cliniche chiare e comprensibili sulla propria malattia, sulla sua serietà, e sulle prospettive di guarigione o di esito sfavorevole; invece (10, 11):

- per il 48% dei pazienti le informazioni date dai medici sono incomprensibili (vedi figura);
- solo il 10% dei pazienti che ricevevano una nuova medicina in ospedale era informato sulle possibili reazioni avverse;
- più di un terzo dei pazienti non riceve informazioni sulle procedure diagnostiche programmate per la giornata;
- metà dei pazienti hanno ansie o paure, ma solo la metà di essi riuscivano a parlare con i medici nel tentativo di dissolverle o attenuarle;
- sono frequenti le attese per il ricovero o per procedure diagnostiche o chirurgiche, senza informazioni o scuse relative al ritardo e alle sue cause;
- la comunicazione più difficile è quella della diagnosi di una malattia a prognosi infausta. Alcuni medici preferiscono nascondersela: “La mia prima, in-de-ro-ga-bi-le regola è quella di non permettere che i miei pazienti nutrano il benché minimo dubbio sulla natura del loro male” (12, pag. 71). Altri la svelano senza cautele, ignorandone gli effetti sul morale del paziente: “Il dottore diede la cattiva notizia in un modo molto brusco e secco. La figlia del paziente scoppiò a piangere e il dottore impiegò pochissimo tempo con lei...Poi il dottore andò via (13). Infine, altri danno le cattive notizie umanamente e gradualmente, senza distruggere qualche speranza, e questa è la scelta migliore; un esempio (parla uno studente): “rimasi ammirato di come il dottore aveva parlato con quel paziente...Penso che se mai io dovrò dare cattive notizie come quella, vorrei saperle dare con la stessa pazienza e rispetto, perché ho visto quanto questo è stato positivo per il paziente” (13). E per concludere, è bene ricordarsi che: “il compito di dare cattive notizie costituisce la verifica di tutte le nostre competenze e abilità professionali: se lo facciamo male, i pazienti e i parenti non ci perdoneranno mai, se lo facciamo bene non ci dimenticheranno mai” (14, pag. 197).

1. Cardaci G. La formula chimica del dolore. Mondadori, Milano 2010.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 470 di 524**

2. Levinson W, Roger D, Mullooly J et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-59.
3. Barry CA, Bradley CP, Britten N et al. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320: 246-50.
4. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 2007; 298: 993- 1001.
5. Papadakis MA, Arnold GK, Blank L et al. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. Ann Intern Med 2008; 148: 869-76.
6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K. Soliciting the patient agenda: have we improved? JAMA 1999; 281: 283-7.
7. Mulley A, Trimble C, Elwin G. Stop the silent misdiagnosis. Patients' preferences matter. BMJ 2012; 345:e6572 (November 17).
8. Oxford Textbook of Medicine, 2nd Edition, 1987. Pag 1.1.
9. Poulson J. Bitter pills to swallow. N Engl J Med 1998; 338: 1844- 46.
10. Olson DP, Windish DM. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. Arch Intern Med 2010; 170: 1302-07.
11. van Mook WNKA, Gorter SL, Kieboom W et al. Poor professionalism identified through investigation of unsolicited healthcare complaints. Postgrad Med J 2012; 88: 443-50.
12. Nemirovsky I, David Golder. Adelphi, Milano 2006.
13. Bombeke K, Symons L, Debaene L et al. Help, I'm losing patientcentredness! Experiences of medical students and their teachers. Med Educ 2010; 44: 662-73.
14. Buckman R. La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.

**Nota 3. Empatia**

C'è un «indurimento di cuore ("hardening of the heart", [1])» durante gli anni di università in medicina? Risposta affermativa: durante gli anni del corso di medicina si verifica una riduzione dell'empatia con cui molti giovani hanno scelto medicina (2). La riduzione di empatia è maggiore nei maschi, in chirurgia e in medicina specialistica.

L'empatia è variamente definita; la definizione più convincente ha tre componenti:

3. una componente cognitiva (understanding; [3, 4]), di comprensione della situazione del paziente, della sua sofferenza, delle sue prospettive, e delle ansie che ne derivano.
  4. Una componente affettiva ed emozionale (feeling [3, 5]) di partecipazione a quel che sente e soffre il paziente come ammalato e come persona.
  5. L'attitudine e la capacità per tradurre comprensione e partecipazione in atti concreti clinicamente efficaci ("caring": occuparsi utilmente e umanamente del paziente [3, 6, 7]).
- L'empatia è il motore della buona pratica medica: un medico che manca di empatia è esposto ai difetti della relazione con i pazienti che sono sintetizzati nella nota 1, e avrà con i pazienti una comunicazione sommaria e povera di contenuti come esposto nella nota 2. Il livello di empatia dei medici può essere misurato (7, 8), e un loro maggior livello di empatia ha documentabili effetti positivi (8):
  - I pazienti raccontano meglio i loro disturbi e le loro preoccupazioni;

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 471 di 524**

- [ne consegue] una maggior accuratezza diagnostica;
- è maggiore la partecipazione attiva dei pazienti alle decisioni di salute che li riguardano;
- sono maggiori la loro compliance e soddisfazione;
- viene alleviata la loro depressione e migliorata la loro qualità di vita.

1. Newton BW, Barber L, Clardy J et al. Is there hardening of the heart during medical school? Acad Med 2008; 83: 244-49.

2. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. Med Educ 2004; 38: 522-34.

3. Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. Acad Med 2011; 86: 989-95.

4. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. Ann Intern Med 2001; 134: 83-7.

5. Spiro H. The practice of empathy. Acad Med 2009; 84: 177-79

6. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract 2002; 52: S9-S13.

7. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy - based consultation process measure. Fam Pract 2004; 21: 699-705.

8. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D et al. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012; 29 (1): 1-21 (English version).

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 472 di 524**

## PROCEDURA TECNICO PROFESSIONALE PRT.001.DrS.TP

### Pr.089: MODALITÀ DI GESTIONE DELLA SCABBIA IN OSPEDALE

<b>PREPARATO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<p><i>Assistente Sanitaria Presidio Ospedaliero Trapani Dr.ssa Anna Ruggirello</i></p>	<p><i>Direttore U.O. C Dermatologia Presidio Ospedaliero Trapani Dr Leonardo Zichichi</i></p> <p><i>Responsabile Qualità Aziendale Dott.ssa Maria Anelli</i></p>	<p><i>Direttore Sanitario Ospedali Riuniti Trapani, Alcamo, Pantelleria Dr. Francesco Giurlanda</i></p>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 473 di 524**

**INDICE**

6. Premessa	pag.3
7. Scopo	pag.3
8. Campo di applicazione	pag.3
9. Lista di distribuzione	pag.3
10. Tavola degli aggiornamenti	pag.4
11. Descrizione	pag.4
11.1Eziologia e ciclo biologico	pag.4
11.2Modalità di trasmissione	pag.5
11.3Periodo di incubazione	pag.6
11.4Periodo di contagiosità	pag.6
11.4.1 Provvedimenti nei confronti del malato	pag.6
11.4.2 Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi	pag.6
6.5 Diagnosi	pag.6
7. Terapia e profilassi	pag.
7	
7.1 Caso confermato o probabile	pag. 7
7.2 Profilassi	pag. 8
8. Procedure operative	pag.
8	
9. Responsabilità	pag.
13	
10. Caso di Operatore Sanitario Positivo al Controllo Dermatologico	pag. 13
11. Allegati	pag.
13	
12. Bibliografia	pag.
14	

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 474 di 524****3. PREMESSA**

La scabbia ( *dal latino scabere = grattare* ) è una dermatosi parassitaria provocata dall'acaro SARCOPTES SCABIEI, varietas omnis, antropode di forma ovoidale. Il ciclo biologico della scabbia , da uovo a larva ad individuo adulto, si compie in circa venti giorni.

L'acaro della scabbia è un parassita umano obbligato: il suo ospite naturale è l'uomo, al di fuori del quale sopravvive solo pochi giorni, specie a temperatura inferiore a 20°. Il contagio è prevalentemente interumano diretto ( rapporti sessuali, dormire insieme) .

**4. SCOPO**

Il presente documento vuole essere uno strumento per la gestione degli interventi da attuare nella presa in carico di paziente con scabbia e nei confronti degli operatori sanitari in caso di esposizione professionale a scabbia.

La procedura prevede l'illustrazione delle istruzioni operative da attuarsi sia in fase di prevenzione e profilassi (per il contenimento della diffusione della malattia) che in fase di sorveglianza sanitaria a seguito di contatto professionale di scabbia, garantendo anche il controllo della diffusione dell'infestazione .

**5. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La procedura si applica in tutte le Unità Operative degli Ospedali Riuniti di Trapani/Alcamo/Pantelleria a tutti gli operatori e/o pazienti con scabbia certa o sospetta, che prestano la loro attività nei Presidi succitati.

**4 . LISTA DI DISTRIBUZIONE**

La presente procedura è inviata per conoscenza, approvazione, controllo ed applicazione, a:

- ✓ Direttore Sanitario Aziendale
- ✓ Direttore Medico Ospedali Riuniti di Trapani/Alcamo/Pantelleria
- ✓ Responsabile Qualità Aziendale
- ✓ Responsabile UOC Rischio Clinico
- ✓ Direttori di tutte le Unità Operative degli Ospedali Riuniti di Trapani/Alcamo/Pantelleria
- ✓ Tutto il personale delle suddette Unità Operative

Evidenza della avvenuta distribuzione è rappresentata dalla corretta compilazione del **Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001DrQ** (allegato).

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 475 di 524**



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 476 di 524</b></p>
---	--	--

## 5. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI

REV.	DATA	MOTIVO
0	06.10.2016	PRIMA EMISSIONE

## 6. DESCRIZIONE

### 6.1 Eziologia e ciclo biologico

La femmina gravida dell'acaro penetrata nella cute scava nello spessore dello strato corneo, cunicoli (che si evidenziano con caratteristiche lesioni) e vi depone le uova. Questi canali sono in rilievo e grigi per le feci del parassita, che vi si accumulano. Dopo aver depositato un massimo di 50 uova la femmina muore. Dopo 3-4 giorni le uova si schiudono dando origine a giovani larve che subiscono successive metamorfosi, gli stadi successivi di sviluppo sino al parassita maturo non si verificano nei cunicoli ma sulla superficie cutanea; questo spiega l'elevata contagiosità della malattia. In un singolo individuo infestato, si possono rinvenire 10-12 femmine, ma il numero può raggiungere le centinaia e le migliaia in caso di scabbia crostosa. Il tempo di sopravvivenza degli acari femmina all'esterno dell'ospite umano non oltrepassa i 2 o 3 giorni.

L'irritazione cutanea provocata dagli acari è soprattutto di origine allergica e all'inizio della malattia può passare inavvertita, quindi l'infezione si estende ed il prurito aumenta soprattutto durante la notte.

Le lesioni corrispondono ai cunicoli ed al ricettacolo del parassita e permangono anche dopo che questi li ha abbandonati; sono importanti i fenomeni di ipersensibilità all'acaro ed alle sue deiezioni depositate nello strato corneo della cute.

Le lesioni corrispondono ai cunicoli ed al ricettacolo del parassita e permangono anche dopo che questi li ha abbandonati; sono importanti i fenomeni di ipersensibilità all'acaro ed alle sue deiezioni depositate nello strato corneo della cute.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 477 di 524</b></p>
---	--	--

**La scabbia crostosa**, (norvegese o ipercheratosica) si riscontra più facilmente in persone con grave immunodepressione o in anziani sottoposti a terapie incongrue protratte (generalmente pomate steroidee). Ciò non è raro, stante l'oggettiva difficoltà di diagnosi precoce in età avanzata sia per l'obiettività clinica atipica frequente, sia per l'irregolare presentazione del sintomo prurito, che può essere presente anche in anziani non infestati e, viceversa, assente o modesto in anziani affetti da scabbia.

Nella **scabbia norvegese**, il quadro clinico può iniziare come scabbia classica o come un eczema cronico, o essere caratterizzato da vaste superfici ipercheratosiche ricoperte da squamo-croste pluristratificate e ragadizzate, localizzate elettivamente alle superfici flessori ed estensori degli arti, delle mani e dei piedi, dita, gomiti e ginocchia.

Il prurito può essere assente, le complicanze sono più gravi (sovra infezioni da Streptococco B emolitico e glomerulonefrite) e la diffusività della malattia è più elevata data l'infestazione da parte di migliaia di acari.

**Serbatoio /fonte:** Uomo ammalato

## 6.2 Modalità di trasmissione

Gli acari non volano e non saltano; sulla cute si muovono ad una velocità di 2,5 cm al minuto. Lontano dall'ospite, in condizioni ambientali standard (temperatura 21 °C), vivono per 24-36 ore; temperature più basse e umidità ne prolungano la sopravvivenza, ma il congelamento prolungato per alcuni giorni li uccide.

La principale modalità di trasmissione è il contatto cutaneo diretto, da persona a persona (cute-cute), in persone che dormono nello stesso letto, oppure meno frequentemente attraverso gli oggetti. La trasmissione è di frequente riscontro nell'ambito del nucleo familiare; tra gli adulti, il contagio avviene prevalentemente per contatto sessuale. Data la labilità dell'acaro al di fuori dell'ospite il contagio indiretto attraverso, per esempio biancheria e lenzuola, si verifica solo se questi sono stati contaminati di recente da una persona infestata. Il rischio di diffusione tramite indumenti, biancheria da letto, asciugamani e tappezzeria utilizzati dai membri della stessa famiglia o comunità è basso, ma può aumentare se il paziente è affetto dalla scabbia a croste, caratterizzata da una massiccia infestazione da acari.

Il periodo di incubazione dalla contaminazione alla comparsa dei sintomi varia da 2 a 6 settimane per l'infestazione primaria, ma può essere di sole 24-48 ore in caso di re-infestazione.

## 6.3 Periodo di incubazione

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 478 di 524</b></p>
---	--	--

L'incubazione in media di tre settimane (da due a sei settimane) nel caso di una prima infezione da uno a quattro giorni in caso di reinfezione. Il periodo di incubazione nelle persone anziane può essere sensibilmente maggiore di quello comunemente indicato sui testi.

#### **6.4 Periodo di contagiosità**

L'infestazione è trasmissibile fino a che gli acari e le loro uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento, generalmente dopo uno o due cicli di trattamento, intervallati da un periodo di sospensione del trattamento che può variare da 4 a 7 giorni.

**6.4.1 Provvedimenti nei confronti del malato:** allontanamento da scuola, lavoro e comunità sino al giorno successivo a quello di inizio di un trattamento efficace. Per i soggetti ospedalizzati attuare un isolamento da contatto finché il trattamento terapeutico non è terminato.

**6.4.2 Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi:** sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione nei contatti a basso rischio, per coloro che hanno avuto contatto ad alto rischio è indicato il trattamento profilattico.

In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei contatti.

#### **6.5 Diagnosi**

I quattro sintomi clinico- diagnostici patognomonici sono:

- Cunicoli.
- Lesioni specifiche o aspecifiche nelle sedi tipiche per sesso ed età.
- Prurito intenso soprattutto notturno.
- Contagiosità (familiari o altre persone a contatto affetti).

La diagnosi di scabbia si fonda sui reperti clinici e sull'anamnesi.

A causa delle varianti cliniche con cui l'infestazione può presentarsi e per la somiglianza con altre malattie cutanee generalizzate pruriginose, la diagnosi può risultare problematica. A volte i cunicoli sono alterati o distrutti dal grattamento e terapie topiche precedenti parzialmente efficaci possono averne ridotto il numero o renderne difficoltosa la localizzazione.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 479 di 524</b></p>
---	--	--

Se la diagnosi è dubbia, è opportuno rintracciare l'acaro, le uova o campioni dei suoi escrementi (es. tramite epiluminescenza).

In caso di sospetto di scabbia, il trattamento può risultare quindi opportuno anche in assenza o con negatività dell'esame microscopico di conferma.

**Diagnosi difficile:** Quando nel bambino piccolo, vi è un' assenza di topografia specifica, polimorfismo lesionale con prevalenza di lesioni vescicolari; allo stesso modo nell'anziano, quando vi è assenza di topografia particolare (dorso), lesione atipiche, prurito moderato (sedazione farmacologica)

## 7. TERAPIA E PROFILASSI

### 7.1 Caso confermato o probabile

In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale quali la permetrina al 5%, che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato, il Benzoato di Benzile al 30% terapia efficace anche se frequentemente irritante.

Il crotamitone antipruriginoso efficace ma non un antiscabbioso particolarmente efficace.

Nel caso di scabbia norvegese o in casi particolari sarebbe utile una terapia sistemica con Ivermectina cpr. (farmaco non disponibile in Italia).

Assai difficoltoso è, infine, gestire la reazione "indica" post scabbiosa vale a dire quella particolare reazione prurito — papule allergiche persistenti cui possono andare incontro alcuni pazienti ai quali è stata posta diagnosi di scabbia in ritardo o che hanno ricevuto terapia aggressiva. C'è da precisare che in questi casi le lesioni papulari sono disabitate e che la presenza di pustole localizzate sulle mani e/o sui piedi non devono essere trattate con scabicidi. Ci si deve limitare a prescrivere antipruriginosi per via topica ed antistaminici. Si tenga presente che se si fa uso frequente di docce o bagni la cute spesso potrà andare incontro a xerosi e dunque si assocerà inevitabilmente un feroce prurito che se non bene interpretato potrà fuorviare una giusta interpretazione clinica.

In conclusione forniamo un tentativo di schema terapeutico che **deve comunque sempre essere validato dal dermatologo:**

#### Permetrina in crema al 5% una sola applicazione

Applicare su cute asciutta secondo le indicazioni del foglietto illustrativo; dopo 8-12 ore, la crema può essere rimossa con un bagno o una doccia. E' necessario riapplicare il farmaco sulle aree, come le mani o i genitali, che vengono lavate durante il periodo di applicazione. E' consigliabile una seconda applicazione a distanza di una settimana dalla prima.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 480 di 524**

**Tutti i pazienti, i loro conviventi e il personale di assistenza devono ricevere dettagliate istruzioni scritte** in aggiunta alle raccomandazioni verbali sul corretto impiego del prodotto.

Ai pazienti va detto di **evitare un bagno caldo prima di applicare la crema** dal momento che questo potrebbe favorire l'assorbimento della permetrina e il suo passaggio nel circolo sistemico, rimuovendola dalla sede di azione cutanea. Le unghie devono essere tagliate corte, eliminando ogni frammento prima di applicare la crema su queste aree.

**OPPURE**

**1° giorno:** bagno caldo con spugna ruvida o guanto di crine applicazione di sostanza antiscabbiosa; Benzoato di benzile da applicare la sera per 3 (tre) giorni consecutivi.

**4° giorno:** rifare bagno caldo con preparati emollienti.

Terapia con Paf ( Bisbutil Carboetilene).

Se continua il prurito assicurare il paziente, prescrivere un antistaminico per - Os per 10 giorni , continuare con i bagni emollienti e prescrivere emollienti se la cute appare xerotica.

**7.2. Profilassi**

**Contatti ad alto rischio:** Tutti i componenti del nucleo familiare, nonché le persone che hanno avuto rapporti sessuali col soggetto infestato, devono essere trattati contemporaneamente, dato che un singolo individuo infestato può re infestare le persone con cui viene a stretto contatto.

**8. PROCEDURE OPERATIVE**

È fondamentale per la prevenzione della scabbia mantenere sempre un elevato indice di sospetto.

Tutti gli operatori sanitari devono utilizzare sempre i Dispositivi di Protezione Individuale (leggasi di seguito DPI)

Il Coordinatore dell'U.O .ove si trova ricoverato il paziente, deve informare il personale della ditta di pulizia e/o altre ditte esterne ove necessario, perché possano essere adottate le precauzioni necessarie:

**A - COLLOCAZIONE DEL DEGENTE**

Il degente deve essere collocato in camera singola dotata di servizi igienici. Se la camera singola non è disponibile, più degenti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza (coorte). La camera singola e le precauzioni da contatto devono essere applicate per almeno 24 ore dall'inizio del primo ciclo di un trattamento efficace o fino a quando lo specialista dermatologo non abbia escluso la scabbia dalle opzioni diagnostiche

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 481 di 524</b></p>
---	--	--

## **B - OBBLIGO DI NOTIFICA**

La notifica deve essere effettuata, per casi certi o sospetti, secondo le indicazioni del Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990, direttamente dal medico dell'UO ed inoltrata alla Direzione Sanitaria.

La segnalazione da parte del medico di tutti i casi di scabbia sospetti e/o accertati deve essere fatta entro 24 ore, per il tramite della Direzione Sanitaria, all'ASP di appartenenza.

Nel caso in cui l'ASP dove avviene la diagnosi sia diversa da quella di residenza o di domicilio abituale del paziente, le informazioni disponibili dovranno essere immediatamente comunicate anche a quest'ultima, al fine di permettere la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.

## **C - TIPO DI ISOLAMENTO DA ATTUARE**

La malattia ha una trasmissione per contatto diretto (cute-cute) e/o indiretto (cute-effetti lettereci infestati da acari), pertanto devono essere applicate le Precauzioni Standard e le precauzioni aggiuntive per le patologie trasmissibili per contatto.

## **D - GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI**

Effettuare il lavaggio delle mani all'ingresso e all'uscita della camera, con sapone antisettico anche se si sono usati i guanti.

Guanti monouso non sterili devono essere indossati in caso di diretto contatto con il paziente o con materiale potenzialmente contaminato (es. effetti lettereci). Dopo l'uso i guanti devono essere immediatamente eliminati, prima di uscire dalla stanza del degente, nel contenitore dei rifiuti speciali.

## **E - CAMICI**

Indossare se si prevede un contatto diretto con il paziente, o superfici potenzialmente contaminate camici idrorepellenti, copricapo, calzari. Tutto il materiale va eliminato nei contenitori per rifiuti infetti, direttamente nella stanza del paziente. Non utilizzare maglioni in lana ed indossare il copricapo durante la manipolazione di effetti lettereci (es. rifacimento del letto).

## **F - TRASPORTO DEL DEGENTE**

Limitare gli spostamenti ed il trasporto del degente ai soli casi assolutamente indispensabili. In queste circostanze è necessario informare gli addetti al trasporto ed il personale della struttura presso la quale viene trasferito o i servizi diagnostici dove viene inviato perché mettano in pratica le precauzioni necessarie.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 482 di 524</b></p>
---	--	--

Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione degli acari ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature.

Eventuali lesioni cutanee devono essere coperte con medicazioni sterili

#### **G - ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL DEGENTE**

Personalizzare gli strumenti necessari per l'assistenza al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio, etc.) e trattarli con detersione e disinfezione al termine dell'isolamento. Evitare il contatto diretto dello sfigmomanometro con il braccio del soggetto infetto.

La documentazione clinico ed assistenziale deve essere consultata ed aggiornata al di fuori della camera di degenza, dopo aver rimosso i mezzi di protezione ed aver eseguito il lavaggio delle mani.

#### **H - EFFETTI LETTERECCI E BIANCHERIA**

Dopo aver indossato i mezzi di protezione, rimuovere con attenzione la biancheria del letto, evitando qualsiasi scuotimento, rifacimento completo del letto ad ogni trattamento, inserire la biancheria senza scuoterla nell'apposito sacco idrosolubile che dovrà essere chiuso ed inserito in un secondo sacco a sua volta opportunamente richiuso presso il letto del paziente prima di inviarlo in lavanderia; eventualmente sostituire il materasso, il guanciale e coperte di lana dopo le prime 24 ore di trattamento insieme alla biancheria e sostituirle alla dimissione; il materasso, il guanciale e le coperte di lana devono essere imbustati e sigillati all'interno della stanza.

Gli abiti devono essere cambiati tutti i giorni, una volta rimossi devono essere trattati con lavaggio a 60°, i capi che non possono essere lavati a tale temperatura vanno riposti in sacchetti di plastica, chiusi ermeticamente per almeno 7 gg. oppure possono essere messi nel congelatore per almeno 12 ore.

È consigliabile l'uso di biancheria personale di cotone.

- Evitare di far indossare al paziente golfini o indumenti di lana.
- Non lasciare nel comodino e negli armadi indumenti usati.
- Nell'impossibilità di trattare gli indumenti in lana, per evitare reinfezioni, lasciarli separati dagli altri e non indossarli per almeno 7 giorni, è consigliabile comunque tenerli esposti all'aria.

#### **I - MEDICAZIONI**

Qualsiasi lesione deve essere protetta da contaminazione da acari. Se la lesione dovesse scoprirsi, provvedere all'immediata rimozione e sostituzione della medicazione.

Ove possibile, trattare e coprire le lesioni da grattamento per evitare sovrainfezioni.



**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 483 di 524****J - CAMPIONI BIOLOGICI**

I prelievi ottenuti per scarificazione della cute possono venire effettuati su richiesta dell'U.O. direttamente a letto del paziente, ad opera del personale dell'U.O. di virologia e Microbiologia. Trasportare i campioni secondo la normativa vigente.

**K - ELIMINAZIONE DEI RIFIUTI**

Posizionare all'interno della camera di degenza un contenitore con coperchio per i "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO" dove eliminare direttamente tutto il materiale non riutilizzabile venuto a contatto con il paziente.

**L - PULIZIA AMBIENTALE**

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1 -2 gg.), la disinfestazione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia e raramente giustificata, essendo di norma sufficienti le routinarie operazioni di pulizia. La disinfezione ambientale, utilizzando comuni disinfettanti come cloroderivati, ecc.; va effettuata in caso di scabbia crostosa o norvegese. La sanificazione e la disinfezione giornaliera della camera vanno eseguite come di routine, DOPO la pulizia delle altre camere di degenza come segue:

- a. Indossare i DPI necessari (copricapo + camice monouso, guanti non sterili monouso);
- b. Aerare la camera;
- c. Scopare ad umido;
- d. Lavare il pavimento con detergente;
- e. Disinfettare il pavimento utilizzando comuni disinfettanti (tipo clorossidante elettrolitico);
- f. Detergere e disinfettare l'unità del malato utilizzando comuni disinfettanti (tipo clorossidante elettrolitico).
- g. Tutto il materiale utilizzato per la pulizia, se monouso deve essere eliminato nei contenitori dei rifiuti speciali nella camera, se riutilizzabile deve essere inserito negli appositi sacchi idrosolubili e accuratamente lavato e disinfettato dopo l'uso.

Dare indicazioni agli operatori esterni della Ditta delle pulizie sulle corrette modalità di comportamento e vigilare sull'adozione delle stesse.

**M - PRECAUZIONI ALLA DIMISSIONE**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012**N°Revisione: **1**Data di revisione: **10/01/2016****Pagina 484 di 524**

Trattare materassi e cuscini per come descritto al punto 8 inviare al servizio di lavanderia le coperte utilizzate inserite negli appositi sacchi eseguire pulizia a fondo e disinfezione della camera ponendo particolare attenzione a tavolini, sedie sostegni per fleboclisi, ruote dei letti, unità di degenza ecc.

Eseguire tutte le sopraindicate manovre con le adeguate protezioni (guanti, camice, copricapo, ecc.). Eliminare tutti i DPI al termine delle operazioni di pulizia.

**N - EDUCAZIONE SANITARIA**

**Degente:** istruire il malato sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione degli acari ad altri degenti o all'ambiente.

**Visitatori:** regolamentare l'accesso dei visitatori, nel rispetto della normativa sulla privacy, avuto il consenso del paziente, informarli sulle norme igieniche da osservare durante l'incontro con il degente e nella gestione dei suoi effetti personali. Invitare i conviventi ed i contatti stretti a consultare il medico di famiglia per un eventuale trattamento. Dare informazioni circa le modalità di trattamento e di trasporto per la biancheria, abiti e altro materiale proveniente dal malato secondo quanto indicato nei punti precedenti.

**O - TRATTAMENTO PROFILATTICO DEI CONTATTI**

Per i degenti la sorveglianza e l'eventuale trattamento è a carico dei medici curanti dell'U.O. che si avvalgono di eventuale consulenza dermatologica.

Per gli operatori la sorveglianza e l'eventuale trattamento e se necessario l'allontanamento dal lavoro è a carico del medico competente, avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica.

La comunicazione del personale esposto viene effettuata dall'U.O. ove è ricoverato il paziente.

**P - TRATTAMENTO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE**

Sarà a carico dei medici dell'U.O. che hanno in cura il paziente avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica.

**9. RESPONSABILITÀ**

L'adozione delle misure precauzionali descritte nel presente documento deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario (medici, infermieri e personale di

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 485 di 524</b></p>
---	--	--

supporto), nel rispetto delle specifiche competenze ed in relazione alle attività descritte nel documento.

## **10. CASO DI OPERATORE SANITARIO RISULTATO POSITIVO AL CONTROLLO DERMATOLOGICO:**

L'Operatore viene allontanato dal lavoro dal dermatologo che gli rilascia il Certificato di malattia e gli prescrive la terapia.

Essendo un infortunio sul lavoro, deve presentare il certificato di Malattia all'Ufficio Infortuni sul Lavoro, presso la direzione Medica Ospedaliera, che provvederà ad inoltrare la denuncia di infortunio all'INAIL.

Al termine del trattamento, previo controllo sanitario, deve presentare un Certificato di riammissione stilato dal Dermatologo, all'Ufficio Infortuni sul Lavoro (certificato originale) e copia dello stesso certificato al Settore Igiene Ospedaliera.

## **11. ALLEGATI**

- Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001DrQ

## **12. BIBLIOGRAFIA**

- Association for Genitourinary Medicine – Medical Specialty Society Medical Society for the Study of Venereal Diseases - Disease Specific Society. 1999 Aug (revised 2002). Various pagings. NGC:002273
- AU: Jenkins-M.- NTplus. Scabies NURS-TIMES 2001 May 31-Jun 6; 97(22): 57-9 (8 ref) Danchaivijitr S, Suthipinittharm P, Srihapol N. An outbreak of Norwegian scabies in a surgical ward. J Med Assoc Thai. 1995 Jul;78 Suppl 2:S99-101.
- Douglas M. Anderson; Elliot Michelle A., Mosby's medical, nursing, & Allied Health Dictionary, sesta edizione, New York, Piccin, 2004. ISBN 88-299-1716-8.
- Giorgio Bartolozzi; Guglielmi Maurizio, Pediatria principi e pratica clinica, Torino, Elsevier-Masson, 2008. ISBN 978-88-214-3033-6.
- Guidelines for Infection Control in Health Care Personnel, 1998.
- Head lice and scabies: effective interventions (COMMUNITY-PRACT) 1999 Aug; 72(8): 264-5 (25 ref).
- Hench C, Paulson SS, Stevens DA, Thompson JD. Scabies outbreak on a spinal cord injury unit. Rehabil Nurs. 1994 Jan-Feb;19(1):21-3.
- Larrosa A, Cortes-Blanco M, Martinez S, Clerencia C, Urdaniz LJ, Urban J, Garcia J.
- Nosocomial outbreak of scabies in a hospital in Spain. Euro Surveill. 2003
- Oct;8(10):199-203.
- Mauro Moroni; Esposito Roberto; De Lalla Fausto, Malattie infettive, 7ª edizione, Milano, Elsevier Masson, 2008. ISBN 978-88-214-2980-4.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 486 di 524**

- Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, Karanfil LV, Pryor P, Moler G, Anhalt G, Chaisson RE, Perl TM. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001 Jan;22(1):13-8.
- Scabies and lice: review of the clinical features and management principles
- *DERMATOL NURS*) 2001 Aug; 13(4): 257-62, 265-6 (37 ref).
- Scratching the itch: management of scabies in A&EACCID-EMERG-NURS) 2000 Oct; 8(4): 230-2 (11 ref).
- Stefania Bertoldo, Emanuela Bissolo: CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE DELLA SCABBIA ULSS21 Legnago, Rev. 03 del 1settembre 2010.
- Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 487 di 524**

**PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  
PRG.009.Dr.Q**

**Pc.090: SORVEGLIANZA E CONTROLLO  
DELLE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI  
PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)**

<b>PREPARATO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<i>Assistente Sanitaria P.O. Trapani <b>Dott.ssa Anna Ruggirello</b></i>	<i>Responsabile Qualità Aziendale <b>Dott.ssa Maria Anelli</b></i>  <i>Direttore U.O.C. Malattie Infettive <b>Dott. Vincenzo Portelli</b></i>	<i>Direttore Sanitario Aziendale <b>Dott. Antonio Siracusa</b></i>  <i>Direttore Sanitario Ospedali Riuniti Trapani, Alcamo, Pantelleria <b>Dott. Francesco Giurlanda</b></i>

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 488 di 524**

**INDICE**

<b>1. PREMESSA</b>	<b>PAG.3</b>
<b>2. SCOPO</b>	<b>PAG.3</b>
<b>3. CAMPO D'APPLICAZIONE</b>	<b>PAG.4</b>
<b>4. LISTA DISTRIBUZIONE</b>	<b>PAG.4</b>
<b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>PAG.4</b>
<b>6. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI</b>	<b>PAG.5</b>
<b>7. METODOLOGIA</b>	<b>PAG.5</b>
<b>8. STATO DI PORTATORE</b>	<b>PAG.5</b>
<b>9. MODALITA' DI TRASMISSIONE</b>	<b>PAG.5</b>
<b>10.MISURE DI CONTENIMENTO</b>	<b>PAG.6</b>
<b>11.LIVELLO DI RISCHIO, TIPOLOGIA DI PAZIENTE, TIPO DI ISOLAMENTO</b>	<b>PAG.6</b>
<b>12.PRECAUZIONI DA ADOTTARE IN SALA OPERATORIA</b>	<b>PAG.11</b>
<b>13.PRECAUZIONI IN CASO DI CURE AMBULATORIALI</b>	<b>PAG.12</b>
<b>14.PRECAUZIONI IN CASO DI NUOVO RICOVERO</b>	<b>PAG.12</b>
<b>15. ALLEGATI</b>	<b>PAG.12</b>

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



***Direttore: dott. M.G. Di Martino***

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 489 di 524**

**16. ISTRIZIONI OPERATIVE**

**PAG.**

**13**



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 490 di 524</b></p>
---	--	---

## 1. PREMESSA

Gli enterobatteri sono germi che fanno comunemente parte della flora batterica intestinale e che, in casi particolari, possono diventare resistenti a quasi tutti gli antibiotici e provocare gravi infezioni difficilmente curabili.

Inoltre è possibile acquisire tali germi in occasione di ricoveri sia in ospedale o in altre comunità. Le situazioni più problematiche si hanno quando questi batteri diventano resistenti ad una particolare classe di antibiotici: i carbapenemi.

Sono antibiotici diffusamente usati per la loro potenza in ambito assistenziale ospedaliero. La loro attività si esplica mediante una fissazione elettiva alle PBP2e, con l'aumentare della concentrazione, anche sulle PBP1a e b e quindi sulle PBP3. L'effetto è rapidamente battericida grazie alla loro velocità di penetrazione attraverso le porine della cellula batterica. L'uso diffuso insieme ad altri fattori ha selezionato germi resistenti ai carbapenemici.

Ciò è dovuto alla produzione da parte di questi batteri di un enzima noto come carbapenemasi, in grado di distruggere questi antibiotici; la mortalità attribuibile alle infezioni da CPE è elevata, pari al 20-30% nei diversi studi (Carmeli *et al.*, 2010), potendo arrivare al 70% nelle batteriemie (Mouloudi *et al.*, 2010); la resistenza ai carbapenemi può essere trasmessa anche ad altri microrganismi attraverso plasmidi.

Per tale motivo è ritenuto strategico adottare e rafforzare misure di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici (Conference "The Microbial Threat" Copenhagen 1998 – Raccomandazioni del Consiglio europeo 2001 e 2208) e l'adozione di misure di prevenzione e controllo.

In Italia negli ultimi anni si è osservato un trend in drammatico aumento della specie *Klebsiella Pneumoniae* che nel 2009 solo l'1,3% dei ceppi isolati nel sangue risultava resistente, nel 2010 è salita al 16% e nel 2011 al 27%. Altrettanto drammatico l'aumento di batteri gram-negativi appartenenti alla famiglia degli Enterobatteri che risultano resistenti ai carbapenemi, antibiotici utilizzati per il trattamento delle gravi infezioni da batteri multi-resistenti: Imipenem e Meropenem.

## 2. SCOPO

Il presente documento ha l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo della trasmissione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi e nonché indicazioni finalizzate principalmente a **interrompere la catena di trasmissione dei microrganismi in questione** con l'adozione di interventi necessari alla formulazione della diagnosi, del relativo percorso terapeutico e di tutte quelle **misure barriera (bundle)** utili per il contenimento della malattia. Tali percorsi sono stati rivisti alla luce di alcune criticità emerse all'interno delle unità operative coinvolte, da ricondursi principalmente a problematiche di carattere logistico-strutturali specifiche di alcuni presidi ospedalieri dell'ASP di Trapani.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 491 di 524</b></p>
---	--	---

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura per la sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri carbapenemasi resistenti si applica in tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Trapani e per tutti i pazienti ad alto rischio, da parte di tutto il personale sanitario (medici, infermieri, tecnici sanitari).

L'attività di sorveglianza attiva, viene coordinata da un **Gruppo Operativo Ospedaliero del C.I.O.**

### 4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il presente Protocollo è inviato per conoscenza, approvazione, controllo ed applicazione, a:

- ✓ Direttore Generale
- ✓ Direttore Sanitario Aziendale
- ✓ Direttori Medici dei Presidio Ospedalieri dell'ASP
- ✓ UOC Rischio Clinico
- ✓ U.O.S. Qualità
- ✓ Direttori UU.OO. dei Presidio Ospedalieri dell'ASP
- ✓ Coordinatori infermieristici delle unità operative dei Presidi Ospedalieri dell'ASP
- ✓ Coordinatori Tecnici Sanitari dei Presidio Ospedalieri dell'ASP
- ✓ Componenti Comitato Infezioni Ospedaliere aziendale(C.C.I.O).
- ✓ Componenti Nucleo Operativo C.I.O. dei Presidio Ospedalieri dell'ASP
- ✓ Capo Dipartimento di Prevenzione

### 5.MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

R= responsabile azione

A= approvazione

	Direttore Medico di Presidio	Direttori UU.OO	Medici UU.OO.	Coordinatori Infermieristici UU.OO.	C.I.O.
Applicazione Procedura		R		R	
Revisione della Procedura	R				R
Verifica applicabilità		R		R	
Archiviazione modulo scritto in cartella			R		
Distribuzione	R				R

Evidenza della avvenuta distribuzione è rappresentata dalla corretta compilazione del Registro distribuzione documenti DR.1.PRG.001DrQ (allegato).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 492 di 524</b></p>
---	--	--

## 6. TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI

REV.	DATA	MOTIVO
0	05.10.206	PRIMA EMISSIONE

## 7. METODOLOGIA

Il programma di sorveglianza prevede:

- screening microbiologico e tempestiva comunicazione dell'esito;
- applicazione delle misure di isolamento standard-contatto ai pazienti infetti/colonizzati,
- verifica quotidiana della corretta applicazione delle misure di isolamento presso le UU.OO. coinvolte,
- attivazione dell'indagine epidemiologica in caso di infezione o di un incremento inatteso delle positività nelle UU.OO. inserite nel programma di screening,
- strumenti di comunicazione (lettera di dimissione, opuscolo informativo flusso informativo)
- raccolta ed elaborazione dati.

## 8. STATO DI PORTATORE

Il portatore o soggetto colonizzato da enterobatteri produttori di carbapenemasi può trasmettere ad altri il germe resistente pur non avendo alcun sintomo di infezione.

È quindi fondamentale che il portatore conosca e rispetti le regole per ridurre il rischio di contaminare l'ambiente circostante ed evitare così di contagiare altre persone.

La regola più semplice ed efficace è quella di **lavarsi scrupolosamente le mani**, in particolare dopo avere utilizzato i servizi igienici.

## 9. MODALITA' DI TRASMISSIONE

Gli enterobatteri resistenti e non ai carbapenemi si trasmettono essenzialmente in due modi:

### 1. In modo diretto da un soggetto portatore ad un'altra persona, attraverso le mani.

Questo può succedere, ad esempio, se una persona tocca il portatore con le mani e poi le porta alla bocca

### 2. In modo indiretto, attraverso l'ambiente circostante.

Questo si può verificare, ad esempio, se il soggetto portatore tocca, con le mani non pulite, le superfici o gli oggetti presenti nella stanza e questi, a loro volta, prima di essere puliti e disinfettati, vengono toccati da un'altra persona.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 493 di 524</b></p>
---	--	--

## 10. MISURE DI CONTENIMENTO

E' possibile eradicare o contenere fortemente la diffusione delle infezioni attraverso interventi aggressivi di controllo delle infezioni, mirati ad identificare tempestivamente i casi di infezioni clinicamente manifeste ed i colonizzati (per ogni caso clinico si stimano da 3 a 5 pazienti colonizzati) ed a adottare tempestivamente misure stringenti di contenimento della diffusione (isolamento, igiene delle mani, pulizia e decontaminazione ambientale, etc.)

## 11. LIVELLO DI RISCHIO, TIPOLOGIA DI PAZIENTE, TIPO DI ISOLAMENTO

Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi possono essere presenti nell'intestino senza provocare infezione e perciò senza nessun sintomo, anche per molti mesi.

Per tale motivo, alle persone venute a contatto con pazienti portatori può essere proposto un esame (tampone rettale) per verificare l'eventuale contagio.

L'individuazione del livello di rischio infettivo del paziente colonizzato o infetto definisce la tipologia di isolamento da mettere in atto al fine di prevenire il rischio infettivo per altri pazienti e ridurre la contaminazione ambientale

### 11.1 MODALITÀ OPERATIVA "ALTO LIVELLO DI RISCHIO INFETTIVO"

#### a) Tipologia Paziente

Pazienti che abbia una o più di queste caratteristiche:

- localizzazione altamente diffusibile (es. localizzazione aerea in pazienti in respirazione spontanea o portatori di tracheostomia)
- presenza di escreti o secreti nella sede di colonizzazione /infezione
- allettati
- non autosufficienti
- alto bisogno assistenziale

#### b) Gestione del paziente

I pazienti infetti o colonizzati da CPE vanno isolati in stanze singole con bagno (isolamento per coorte in occasione di più casi).

Ove la stanza singola non sia disponibile creare una zona di isolamento all'interno dell'U.O. (AREA DI ISOLAMENTO SPAZIALE PAZIENTE) posizionando il paziente in posto letto estremo e mantenendo una distanza di almeno 1 metro e mezzo dal paziente più vicino bloccando- se necessario- il posto letto vicino.

Considerare l'opportunità di eseguire bagni con detergente liquido con clorexidina al 2% o con

panni imbevuti di clorexidina giornalmente nei pazienti ad elevato rischio.

In presenza di più casi in un reparto, soprattutto se presenti pazienti a rischio elevato, è raccomandabile individuare uno "staff coorting" (personale dedicato).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 494 di 524</b></p>
---	--	--

In tutti i casi è raccomandabile individuare un “operatore responsabile del caso” all’interno di ogni turno di lavoro per garantire costantemente la compliance delle precauzioni da contatto da parte di altri operatori, consulenti esterni al reparto, visitatori.

Vanno predisposti i DPI (guanti, camice di protezione, mascherine) subito all’esterno della porta della stanza; all’interno della stanza, vicino alla porta, va predisposto un contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo, in modo da favorire l’eliminazione dei DPI usati

### **c) Comportamenti degli operatori sanitari**

L’igiene delle mani è la più importante misura di prevenzione e controllo della diffusione dei microrganismi multi resistenti (per interrompere la trasmissione è necessario attenersi scrupolosamente alle indicazioni dei 5 momenti fondamentali dell’igiene delle mani consigliati dall’OMS).

Indossare i guanti quando si entra nella stanza e si prevede il contatto con il paziente e/o l’ambiente circostante il paziente. Sostituire i guanti quando si passa da un sito contaminato del paziente ad un sito pulito. Rimuovere i guanti e riporli nell’apposito contenitore dei rifiuti speciali a rischio infettivo all’interno della stanza effettuare l’igiene delle mani prima di lasciare la stanza del paziente. Dopo aver eseguito l’igiene delle mani, assicurarsi di non toccare superfici od oggetti potenzialmente contaminati nella stanza del paziente:

Rimuovere i guanti ed effettuare l’igiene delle mani prima di passare ad un altro paziente.

Rimuovere i guanti prima di togliere il camice di protezione.

Il camice di protezione va indossato quando si entra nella stanza del paziente, va rimosso in modo da contenere la parte esterna che è entrata in contatto con il paziente o gli oggetti potenzialmente contaminati e deve essere riposto nell’apposito contenitore dei rifiuti speciali a rischio infettivo all’interno della stanza.

Dopo aver rimosso il camice di protezione assicurarsi che gli abiti e la cute non entrino in contatto con superfici ed oggetti potenzialmente contaminati nella stanza del paziente.

Riguardo alle attrezzature e ai dispositivi per l’assistenza : privilegiare l’utilizzo di materiale monouso; utilizzare attrezzature e dispositivi ad uso dedicato ( fonendoscopio, bracciale sfigmomanometrico, glucometro, ossimetro, lacci emostatici, materiali occorrenti per il posizionamento degli accessi venosi, copri-cavi per monitor) e qualora non sia possibile l’uso dedicato, decontaminare dispositivi e attrezzature secondo le procedure aziendali.

Lo screening al personale non è indicato se non in presenza di out break non risolto nonostante l’applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo.

Non vi sono evidenze che lo stato di portatore del personale sanitario possa costituire un rischio per se stessi o per i familiari, a meno che non vi sia immunodeficienza o altri fattori di rischio.

In caso di dimissione/trasferimento del paziente presso altra struttura per consulenza, prestazione strumentale, terapia specifica o riabilitazione, osservare le seguenti norme :

- svuotare la sacca delle urine; coprire le lesioni cutanee o le ferite con medicazione contenitiva;
- far indossare al paziente indumenti puliti;
- cambiare il pannolone o altri ausili per l’incontinenza;
- segnalare lo stato di portatore di CPE in cartella clinica;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 495 di 524</b></p>
---	--	--

- chiedere al paziente di effettuare l'igiene delle mani;
- fissare l'appuntamento a fine turno (se possibile) e/o nei momenti di minor affluenza;
- adottare le precauzioni da contatto durante l'assistenza al paziente;
- pulire e disinfettare i materiali riutilizzabili usati sul paziente ed eliminare subito dopo l'utilizzo quelli monouso;
- informare il personale del Servizio di trasporto di adottare le precauzioni da contatto se durante il trasporto stesso si deve entrare a contatto con il paziente e pulire e disinfettare la barella che ha trasportato il paziente.

#### **d) Igiene Ambientale**

I CPE possono contaminare tutto il materiale presente nella stanza. Durante l'isolamento del paziente assicurarsi di tenere nella stanza solo il materiale strettamente necessario.

L'ambiente del paziente deve essere pulito e disinfettato 2 volte al giorno (rispettando diluizioni e tempi di contatto del disinfettante), facendo particolare attenzione alle superfici orizzontali e a tutti i punti dove si può accumulare polvere e alle superfici più frequentemente a contatto con il paziente : utilizzare disinfettante preferibilmente con cloro 1.000 ppm

Rispettare il principio della progressione per la pulizia e la disinfezione dalle aree più pulite alle aree più probabilmente contaminate e dalle superfici più alte a quelle più basse.

(Le apparecchiature elettromedicali che generano correnti elettrostatiche devono ricevere particolare attenzione per la pulizia della polvere che può accumularsi su di esse).

#### **e) Sorveglianza Passiva**

E' richiesta la segnalazione dei pazienti con **batteriemia** causata da Klebsiella Pneumoniae, E. Coli, Acinetobacter baumannii multi-resistente (MDR), non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi, che rispondono alla seguente definizione di "caso" : Paziente con una o più emocolture positive per Klebsiella Pneumoniae, E. Coli e Acinetobacter baumannii multi-resistente (MDR), in cui il microrganismo isolato presenti **una o entrambe** le seguenti caratteristiche :

1. non sensibilità a Imipenem e/o Meropenem – categoria interpretativa R o I nell'antibiogramma
2. produzione di carbapenemasi dimostrata mediante test di conferma fenotipica e/o genotipica (per quanto riguarda le metodiche di laboratorio, è possibile fare riferimento ai documenti scientifici più recenti).

Il relativo **flusso informativo** è il seguente :

- a) il **Referente del Laboratorio** invia la notifica del caso isolato, entro 48 ore su apposita modulistica, parte A e B, (vedi allegati), alla Direzione del Presidio ospedaliero (il relativo referto è invece inviato all'U.O. che ha richiesto l'accertamento diagnostico)
- b) La **Direzione Sanitaria** del Presidio ospedaliero completa la scheda di notifica per i dati eventualmente mancanti (es. luogo di insorgenza dei sintomi, origine della batteriemia, esito dell'infezione etc..) e la invia, preferibilmente entro 48 ore, al Dipartimento della Prevenzione della ASL territorialmente competente

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 496 di 524</b></p>
---	--	--

c) Il **Dipartimento della Prevenzione** della ASL territorialmente competente invia la parte B dell'apposita modulistica (vedi allegati), entro 7 giorni dall'identificazione del caso, alla **Regione**, al **Ministero della Salute** e all'**Istituto Superiore di Sanità**.

(Circolare Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi" 26 febbraio 2013 )

#### **f) Sorveglianza Attiva**

I programmi di sorveglianza attiva hanno lo scopo di identificare i soggetti colonizzati (portatori) in assenza di segni e sintomi di infezione. La selezione dei pazienti da sottoporre a screening, come la sua frequenza, possono variare a seconda del programma di sorveglianza adottato, in funzione dei diversi contesti epidemiologici e organizzativi locali. Tali indagini sono coordinate dalla Direzione Medica di P.O. / G.O. del C.I.O. e concordate preventivamente o rientrare nell'ambito di protocolli operativi autorizzati.

In generale, la sorveglianza attiva si basa essenzialmente su screening specifico e controllo della trasmissione in ambiente ospedaliero.

##### **f.1) Screening specifico con tampone rettale o copro coltura**

Pur essendovi la possibilità di colonizzazione anche a livello orale, respiratorio, urinario, lo screening specifico va eseguito con tampone rettale o copro coltura in :

- Tutti i contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da CPE ( si definisce "contatto" ciascun paziente assistito dalla stessa equipe di un paziente infetto o colonizzato da CPE; il criterio è comunque adattabile alle singole realtà assistenziali)
- Pazienti precedentemente identificati come colonizzati o infetti che vengono di nuovo ricoverati in ospedale (informazione desunta dall'anamnesi)
- Pazienti provenienti da altri Paesi dove la diffusione dei CPE è endemica :  
Grecia, Cipro, India, Pakistan, Colombia, Israele, Stati Uniti d'America
- ove ciò sia fattibile viene inoltre suggerito di sottoporre a screening:
  - a. i pazienti che vengono ricoverati o trasferiti in Reparti a rischio (UTI, Oncologia, ematologia, Neuroriabilitazione/Unità Spinale, Chirurgia dei Trapianti)
  - b. i pazienti provenienti da altro ospedale, o ricoverati in un altro ospedale negli ultimi 3 mesi o provenienti da Strutture Territoriali per Anziani (informazione desunta dall' anamnesi o dall'acquisizione della lettera di dimissione)
- In caso di "contatto" portatore di catetere vescicale va eseguita **anche l'urinocoltura**.

L'esame di screening deve essere eseguito almeno settimanalmente fino a che non vi sia evidenza che nel Reparto sia stata interrotta la trasmissione attraverso il rispetto di entrambi i seguenti criteri:

1. Nessun nuovo caso di infezione o colonizzazione da 3 settimane
2. Adeguato isolamento di tutti i casi che sono stati degenti nel reparto durante le ultime 3 settimane.

Potrà altresì essere considerata la possibilità di proseguire la sorveglianza attiva fino a quando nel reparto non siano più presenti casi di colonizzazione o infezione da almeno 3 settimane.



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 497 di 524</b></p>
---	--	---

Quest'ultima strategia si rende necessaria quando negli ospedali, attraverso una sorveglianza retrospettiva, atta a valutare attraverso il laboratorio la presenza di eventuali casi precedenti non riconosciuti, siano presenti molti casi.

#### Casi particolari :

- a) Presenza simultanea di casi di infezione o colonizzazione da CPE in più Reparti di un Ospedale e in numero superiore alle capacità della Microbiologia di processare tempestivamente ed efficacemente i test screening. In tal caso vanno selezionati i contatti a più alto rischio di infezione/colonizzazione:
- Se il caso è autosufficiente, sottoporre a screening solo i pazienti che erano degenti nella stessa stanza del caso
  - Se il caso è allettato, sottoporre a screening i pazienti che sono o erano degenti nella stessa stanza del caso e tutti i soggetti allettati del Reparto
- b) Paziente ricoverato e identificato come contatto è già stato dimesso, per ragioni legate ai tempi di risposta della Microbiologia :
- Dimesso a domicilio: comunicazione al Medico curante (MMG)
  - Dimesso in altra Struttura Sanitaria : comunicazione al personale medico di riferimento
  - Paziente assistito in regime di post – ricovero : eseguire tampone rettale al prossimo accesso utile (contattare MMG e/o Servizi di assistenza domiciliare)

#### g) Follow-up dei casi di colonizzazione/infezione

Considerato che la colonizzazione in Ospedale tende ad essere persistente nel tempo, i criteri di follow – up sono i seguenti :

- Nei pazienti colonizzati o infetti è indispensabile proseguire la sorveglianza microbiologica per l'intera durata del ricovero, una volta alla settimana, mentre si potranno interrompere le misure di isolamento dopo che, per 3 settimane consecutive, i tamponi rettali eseguiti siano risultati negativi (le misure di isolamento di quel paziente dovranno essere ripristinate in presenza di una nuova positività del tampone rettale)
- Per i pazienti ricoverati per periodi molto lunghi che risultino ripetutamente positivi allo screening (tamponi rettali positivi in 3 o più settimane consecutive) si potrà valutare l'opportunità di proseguire la sorveglianza senza interruzioni oppure di considerare tali pazienti permanentemente colonizzati mantenendo le precauzioni da contatto per tutta la durata del ricovero.
- Raccolta dei dati di monitoraggio sulle infezioni da CPE da parte della Direzione Medica di P.O. e divulgazione nell'ambito dell'attività del C.I.O. (Comitato Infezioni Ospedaliere)

Alla **DIMISSIONE O TRASFERIMENTO** presso altra struttura per consulenza, prestazione strumentale, terapia specifica o riabilitazione, osservare le seguenti misure:

- 1. Fare o far effettuare al paziente l'igiene delle mani;
- 2. Segnalare con **chiarezza** lo stato di portatore CPE sul frontespizio della cartella clinica/lettera di dimissione, **apponendo la dicitura: "CPE"**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 498 di 524</b></p>
---	--	--

- **N.B. Non sono necessarie colture ambientali**

## **11.2 MEDIO LIVELLO DI RISCHIO INFETTIVO**

Si applica a pazienti che abbiano una o più di queste caratteristiche:

- localizzazione non altamente diffusibile
- ridotti secreti o escreti nella sede di colonizzazione/infezione
- orientati
- collaboranti
- autosufficienti
- medio-basso bisogno assistenziale.

### **11.2.1 Isolamento Spaziale**

- Allestimento materiale dedicato per l'assistenza (guanti, camici, set per medicazione chirurgica, ecc.) e flacone di soluzione idroalcolica per le mani.
- Collocazione vicino a pazienti con basso livello di rischio di contrarre un'infezione garantendo una distanza di almeno 1 metro e mezzo tra un paziente l'altro facendo uso di separatori/tende.

É fondamentale l'intervento di educazione sanitaria al paziente e ai visitatori.

Può essere proposto un esame (tampone rettale) per verificare l'eventuale contagio.

## **12. PRECAUZIONI DA ADOTTARE IN SALA OPERATORIA**

- Il medico Anestesista deve avvisare la sala operatoria della situazione microbiologica del paziente
- Tutto il personale deve indossare i guanti e lavarsi sempre le mani prima e dopo il contatto con il paziente
- Se il microrganismo multiresistente è isolato su materiale respiratorio sostituire tutti i componenti dei circuiti esterni respiratori al termine dell'intervento e sottoporre a eventuale sterilizzazione il circuito interno del respiratore
- Al termine dell'intervento eseguire tutte le attività sanificazione/sanitizzazione
- Pulire e disinfettare accuratamente la barella utilizzata per il trasporto del paziente
- Qualora possibile concordare l'intervento chirurgico in modo che sia a fine lista.

## **13. PRECAUZIONI IN CASO DI CURE AMBULATORIALI**

Ogni volta che il paziente deve effettuare una qualunque cura o terapia (es. cure odontoiatriche, trattamenti fisioterapici, ecc.), è necessario segnalare a chi lo assiste lo stato di

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 499 di 524</b></p>
---	--	--

portatore di enterobatterio resistente agli antibiotici, affinché l'operatore possa attivare le necessarie precauzioni.

#### **14. PRECAUZIONI IN CASO DI NUOVO RICOVERO**

In caso di nuova ospedalizzazione, il paziente o il MMG/Pediatra di libera scelta deve segnalare il proprio stato di portatore, se conosciuto, al momento del ricovero, prima di essere fatto accomodare nella stanza di degenza, in modo tale che i sanitari della struttura possano adottare tutte le misure di prevenzione necessarie ad evitare la trasmissione ad altri pazienti.

#### **15. ALLEGATI**

- ✓ Registro Distribuzione Documenti (**Dr.1.PRG.001DrQ**)
- ✓ Istruzione Operativa N. 1 LABORATORIO ANALISI
- ✓ Istruzione Operativa N. 2 DIREZIONE SANITARIA
- ✓ Istruzione Operativa N. 3 UNITA' OPERATIVA DI RIFERIMENTO
- ✓ Istruzione Operativa N. 4 IGIENE AMBIENTALE
- ✓ Istruzione Operativa N. 5 SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA
- ✓ All.1 LOCANDINA AVVISO
- ✓ All. 2 SCHEDA DI NOTIFICA

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 500 di 524</b></p>
---	--	--

## 16. ISTRUZIONI OPERATIVE

### SCOPO.

La presente istruzione operativa ha lo scopo di facilitare la gestione dell'assistito affetto da patologia infettiva, legata a batteri produttori di carbapenemasi.

Essa è stata suddivisa in 5(cinque) istruzioni operative, rivolte a:

- Unità Operativa di appartenenza (presa in carico dell'assistito e igiene ambientale)
- Unità Operativa di Patologia Clinica-Laboratorio di Microbiologia
- Unità operativa di Direzione Medica di Presidio
- Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica

### Razionale.

Le misure di controllo suggerite come efficaci sono in particolare: l'identificazione tempestiva degli assistiti infetti; la sorveglianza attiva degli assistiti colonizzati, attraverso lo screening con tampone rettale dei pazienti-contatti del caso (paziente colonizzato o infetto da CPE) e dei pazienti ad alto rischio di colonizzazione al momento del ricovero; l'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti (isolamento in coorte o stanza singola) e l'adozione, da parte del personale d'assistenza, delle precauzioni da contatto nella gestione di questi pazienti.

Per questi motivi sono stati evidenziati i seguenti 5(cinque) ambiti di intervento, suggeriti dal Ministero della Salute, che coinvolgono:

**a.** L'UO Laboratorio analisi nell'individuare tutte le emocolture positive per *Klebsiella pneumoniae* e/o *Escherichia Coli* e/o *Acinetobacter baumannii* multi-resistente (MDR) (**istruzione operativa n.1**);

**b.** Le Direzioni Mediche di Presidio Sanitarie nel coinvolgere i Gruppi Operativi locali del CIO aziendale (**istruzione operativa n.2**);

**c.** L'U.O. in cui l'assistito è ricoverato in particolare:

a. Nella sua corretta presa in carico (**istruzione operativa n.3**);

b. Nella corretta gestione dell'igiene ambientale (**istruzione operativa n.4**);

A tal proposito è necessario **specificare** che, in caso di **appoggio c/o altra UO**, l'**assistenza diretta** di questa tipologia di assistito è **prerogativa dell'unità che ospita il paziente**.

**d.** Il Dipartimento di Prevenzione, per il completamento dell'iter burocratico nei confronti della Regione, del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità (**istruzione operativa n.5**).

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 501 di 524</b></p>
---	--	--

## ISTRUZIONE OPERATIVA n° 1

### **LABORATORIO ANALISI**

#### **Definizione di caso:**

Tutti i pazienti con una o più emocolture positive per *Klebsiella pneumoniae* e/o *Escherichia coli* e/o *Acinetobacter baumannii* multi-resistente (MDR) in cui il microrganismo isolato presenti una o entrambi le seguenti caratteristiche:

- a. Non sensibilità a imipenem e/o meropenem (categoria interpretativa R o I nell'antibiogramma);
- b. Produzione di carbapenamasi dimostrata mediante test di conferma Fenotipica e/o genotipica.

**Razionale:** in presenza di tali isolamenti, l'UOC laboratorio analisi deve:

- a. Compilare il modello di notifica (Allegato 1, parte A e parte B));
- b. Inviare il modello compilato entro 48 ore al:
  1. referente G.O. del CIO della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero;
  2. alla U.O. di provenienza del campione

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 502 di 524</b></p>
---	---	--

## ISTRUZIONE OPERATIVA n° 2

### *DIREZIONE SANITARIA*

Una volta che la notifica di batteri CPE arriva in Direzione Sanitaria, si deve:

1. Coinvolgere il servizio G.O. locale che ne prende visione e carico;
2. Il personale del G.O. locale si deve recare nella U.O. segnalata per il completamento della compilazione del modello nella parte A e B
3. Il G.O. locale deve inviare la documentazione raccolta al:
  - U.O. Sanità Pubblica della ASP di Trapani **in originale**;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 503 di 524</b></p>
---	--	--

## ISTRUZIONE OPERATIVA n° 3

### UNITA' OPERATIVA DI RIFERIMENTO

Una volta che la notifica di batteri CPE arriva in Unità Operativa, deve **essere posta particolare attenzione ai tre seguenti aspetti:**

1. **Isolamento del paziente colonizzato o infetto** utilizzando:

- o **Stanza singola con bagno**(ove possibile) ovvero
- o **Per coorte** (cohorting) ovvero
- o **Spaziale.**

2. **Apporre all'esterno della porta** della stanza di degenza un cartello con l'indicazione: "Prima di accedere alla stanza rivolgersi al personale infermieristico di UO" (Allegato 2) al fine di controllare gli accessi dei visitatori e per ricordare al personale sanitario l'adozione delle precauzioni da contatto.

3. **Adozione dei seguenti comportamenti professionali:**

- o **Igiene delle mani** (lavaggio antiseptico e/o frizionamento alcolico).
- o **Uso corretto di guanti, camice di protezione e loro smaltimento.**
- o **Predisporre i dispositivi di protezione** all'esterno della porta della stanza e un contenitore di rifiuti speciali a rischio infettivo all'interno della porta della stanza per favorire l'eliminazione dei dispositivi subito dopo l'uso.
- o **Privilegiare l'utilizzo di materiale monouso** quando disponibile, eliminandolo dopo l'utilizzo nel contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo posto all'interno della stanza.
- o **Utilizzare strumenti dedicati al singolo paziente:** fonendoscopio, bracciale sfigmomanometro, glucometro,ossimetro, lacci emostatici, materiale occorrente per il posizionamento di accessi venosi (cerotti, medicazioni), copri - cavi per monitor, padelle e pappagalli. Qualora alcuni strumenti non possano essere personalizzati,decontaminare gli stessi tra un paziente e l'altro secondo le procedure in uso.
- o **Attenzione al re processing degli endoscopi** utilizzati per tecniche di endoscopia digestiva e bronchiale, nonché a tutte le attrezzature di supporto e superfici coinvolte sia nell'endoscopia che nella dialisi.
- o **Eseguire un trattamento efficace di disinfezione** di padelle e pappagalli;



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 504 di 524</b></p>
---	--	--

- o **Ottimizzare i bundle per la gestione e la pratica clinica dei devices** a permanenza (bundle per CVC, per ventilazione, per catetere urinario).
  - o **Valutare ed eventualmente rinforzare le procedure di igiene ambientale(vedi istruzione operativa n° 4)**
  - o **Garantire l'adeguata informazione al personale delle altre UU.OO./Servizi in appalto esterno**, che a vario titolo vengono coinvolti nella gestione del paziente al fine di assicurare l'applicazione degli interventi di prevenzione sopraelencati durante tutto il percorso clinico-assistenziale del malato;
- Alla **DIMISSIONE O TRASFERIMENTO** presso altra struttura per consulenza, prestazione strumentale, terapia specifica o riabilitazione, osservare le seguenti misure:
4. Fare o far effettuare al paziente l'igiene delle mani;
  5. Segnalare con **chiarezza** lo stato di portatore CRE sul frontespizio della cartella clinica/lettera di dimissione, **apponendo la dicitura: "KPC"**
- N.B. In ogni caso l'efficacia dell'isolamento è strettamente legata all'osservazione di stringenti Precauzioni da Contatto.**

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 505 di 524</b></p>
---	---	--

## ISTRUZIONE OPERATIVA n° 4

### **IGIENE AMBIENTALE**

Durante l'isolamento del paziente è consigliabile:

1. Tenere nella stanza solo il materiale **strettamente necessario**.
2. L'ambiente del paziente deve essere pulito e disinfettato **due volte al giorno** con un disinfettante appropriato (utilizzare panno monouso e disinfettante preferibilmente con cloro derivati 1000 ppm, per la pulizia dell'unità malato e/o delle superfici toccate al termine di ogni intervento assistenziale sul paziente) e prestando particolare attenzione alle **aree di frequente contatto e ai servizi igienici**.
3. Rispettare il principio della progressione dalle aree più pulite alle aree più probabilmente contaminate e dalle superfici più alte a quelle più basse.
4. È consigliabile utilizzare una check-list per controllare l'avvenuta pulizia giornaliera delle superfici più frequentemente a contatto con le mani.
5. Le apparecchiature elettromedicali che generano correnti elettrostatiche devono ricevere una particolare attenzione per la pulizia della polvere che facilmente può accumularsi su di essi.
6. Non sono necessarie colture ambientali.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 506 di 524</b></p>
---	--	---

## **ISTRUZIONE OPERATIVA n° 5**

### **SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

Una volta che la notifica di batteri CPE arriva al Servizio Territoriale competente della ASP Trapani, si deve:

- Inviare, entro 7 (sette) giorni, **esclusivamente** la parte B dell'Allegato 1 della notifica a:
  - a. Regione Siciliana.
  - b. Ministero della Salute ([malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it)).
  - c. Istituto Superiore di Sanità (ISS) ([sorveglianza.kpc@iss.it](mailto:sorveglianza.kpc@iss.it)).
  - d. Archiviare la parte A dell'Allegato 1.

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**  
**Pagina 507 di 524**

**ALL 1. LOCANDINA AVVISO**



PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

*DISTRETTO OSPEDALIERO TPI  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*



*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**

Data di emissione: **01/03/2016**

N°Revisione: **0**

Data di revisione: **28/06/2012**

N°Revisione: **1**

Data di revisione: **10/01/2016**

**Pagina 508 di 524**

# **Prima di accedere alla stanza rivolgersi al personale infermieristico dell' U.O.**

**ALL. 2 Scheda di Notifica**

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TPI  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



**Direttore: dott. M.G. Di Martino**

Codice documento:  
**PRG.001.MCAU. TP**  
Data di emissione: **01/03/2016**  
N°Revisione: **0**  
Data di revisione: **28/06/2012**  
N°Revisione: **1**  
Data di revisione: **10/01/2016**

Pagina 509 di 524

**A. Nome:** \_\_\_\_\_ **Cognome:** \_\_\_\_\_

Sesso  F  M      Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Comune di residenza: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_      Data inizio sintomi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ospedale/Struttura \_\_\_\_\_      Azienda sanitaria \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_      Provincia \_\_\_\_\_      Regione \_\_\_\_\_

la ASL ovvero il Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio invia **entro 7 giorni, esclusivamente questa parte B della presente scheda** alla Regione, al Ministero della salute (malinf@sanita.it) e all'ISS (sorveglianza.kpc@iss.it).

**B. Segnalato/Notificato da:** \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Fax \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      e-mail \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Provincia \_\_\_\_\_      Regione \_\_\_\_\_

**DATI DEL PAZIENTE**

Sesso  F  M      Et  (\_\_\_\_) se et  < 1 anno, mesi (\_\_\_\_)      Provincia di residenza: \_\_\_\_\_

Nazionalit : \_\_\_\_\_      Data inizio sintomi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Origine presunta dell'infezione:  acquisita in Italia       acquisita in Paese estero: \_\_\_\_\_

Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?

a domicilio       in ospedale\*       in struttura residenziale territoriale

\*indicare struttura

Se in ospedale, indicare il reparto di degenza:

- Terapia Intensiva
- Oncologia
- Ematologia
- Neuro-riabilitazione/Unit  spinale
- Chirurgia dei trapianti
- Lungodegenza/Geritria
- Medicina generale
- Chirurgia generale o specialistica
- Altro \_\_\_\_\_

Microorganismo isolato:       *Klebsiella pneumoniae*       *Escherichia coli*

Isolamento da sangue prelevato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Criterio microbiologico per la definizione di caso:**

non sensibilit  (R/I) a imipenem e/o meropenem  
conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:

- Produzione di carbapenemasi
- KPC
- Metallo-enzima
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:

- KPC
- VIM
- NDM
- OXA-48
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Origine presunta della batteriemia:**

- primitiva
- catetere venoso centrale/periferico
- polmonite
- polmonite associata a ventilazione
- infezione delle vie urinarie
- infezione addominale
- infezione della ferita chirurgica (ISC)
- infezione della cute e dei tessuti molli (non ISC)

altro: \_\_\_\_\_

Esito:       Dimesso       Deceduto       Ancora ricoverato

Trasferito ( indicare da dove: \_\_\_\_\_ )

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA CPE (ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI)  
L'intera scheda   da inviare, entro 48 ore dalla segnalazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero alla ASL competente per territorio.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 510 di 524</b></p>
---	--	--

**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
**DECRETO 30 aprile 2010 GURS 21/5/2015 n.24**  
**Pr.091 Linee Guida - Protocolli e procedure**  
**Servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia.**

Pag. 11: In caso di decesso in ambulanza, questa prosegue per il P.S. stabilito con arrivo in codice "4". Nei casi previsti per legge il medico redige la denuncia rapporto all'autorità giudiziaria.

**Disponibilità dei posti letto**

I posti letto, in caso di condizioni particolari di urgenza e di necessità, **“possono essere aumentati al bisogno, sulla base di disposizioni dell'accettante o della direzione sanitaria”**.

Inoltre, **il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito** e configura il reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.) e di omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.); è ipotizzabile inoltre il reato di interruzione di servizio di pubblica necessità (art. 340 c.p.).

La mancanza di posti letto in area specialistica ad alta tecnologia (UTIC, UTI) o la saturazione delle sale operatorie per coincidenza di più emergenze-urgenze, con previsione di tempi non compatibili in relazione alle condizioni del paziente, impongono l'effettuazione di un trasferimento secondario protetto verso la struttura adeguata più vicina (previo accordi interospedalieri). Tale trasferimento viene attuato secondo protocollo operativo da parte di mezzi e personale del presidio.

**La necessità di un trasferimento protetto si presenta anche quando la struttura a cui è giunto un paziente non è in grado di soddisfare in maniera adeguata alle sue necessità immediate** (intensità di monitoraggio e cura, trattamento chirurgico specialistico). In tali situazioni **occorre ponderare i rischi connessi al trasferimento con quelli legati ad un mancato od incompleto trattamento.**

Se il paziente non è in grado di essere trasferito dovranno essere messe in atto tutte le procedure disponibili in loco.

Nella decisione di trasferire un paziente ad un centro specialistico la presenza di una grave lesione d'organo non deve essere l'unica indicazione: **deve essere anche verificata l'effettiva necessità clinica.**

Il trasferimento di un paziente in coma dépassé ad un centro neurochirurgico è sicuramente futile, e può avere conseguenze negative sia sul piano dell'assegnazione delle risorse, sia per i familiari del paziente. Tuttavia, in questo ambito devono necessariamente trovare spazio anche valutazioni relative alla possibile donazione di organi.

La scelta in termini di struttura più idonea per il paziente può avvenire anche in sede extra-ospedaliera: il medico di emergenza può decidere con il supporto della C.O. 118 la destinazione primaria sulla base di protocolli condivisi (politrauma, trauma cranico maggiore o minore ecc.).

Si fa obbligo alle aziende ospedaliere, ai policlinici universitari e alle strutture sanitarie sede di DEA, la comunicazione alla C.O. 118 di pertinenza della disponibilità di posti letto di area critica secondo schema orario stabilito dall'Assessorato regionale della sanità (fino alla attivazione completa del sistema di trasmissione infotelematica). **Orari comunicazione via fax: ore 8,00; ore 14,00; ore 20,00; ore 3,00: – Rianimazione; – Utic; – Neurochirurgia; – Utin; – Centro ustioni**



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 511 di 524</b></p>
---	--	--

<i>PREPARATO</i>	<i>VERIFICATO</i>	<i>APPROVATO</i>
<p><b>Direttore</b> <b>U.O.C MCAU P.O. Trapani</b> Dott. Massimo G. Di Martino</p>	<p><b>Responsabile Qualità Aziendale</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario</b> <b>P.O. S. Antonio Abate</b></p>

**PR. 092: ITER DEL PAZIENTE CON SOSPETTATBC INVIATO DAGLI SBARCHI O DALL' HOT SPOT MILO**

**1) Premessa**

Principio del Pronto Soccorso è quello di fornire risposte a pazienti con patologie a carattere di urgenza emergenza.

Lo screening per le malattie infettive non rientra tra i modelli assistenziali che coinvolgono il sistema di emergenza urgenza, però, alla luce del problema sociale inerente l'ingresso degli extracomunitari in Italia e la necessità di evitare la diffusione della malattia tubercolare nel territorio italiano viene redatto il presente protocollo.

**2) Definizione di sospetta TBC**

Il piano di contingenza per gli arrivi di extracomunitari prevede che deve essere considerato sospetto "un soggetto con tosse toracica insistente, febbricola e astenia permanenti da almeno 3 settimane; illuminante la dichiarazione di casi analoghi nella propria famiglia o nella comunità". (pag.85)

Poiché sul luogo dello sbarco risulta difficile comprendere l'insorgenza dei sintomi e al fine di ridurre i rischi infettivi, il periodo di 3 settimane viene considerato solo se si riesce a comprendere l'epoca d'insorgenza dei sintomi, per cui diviene altamente sospetto il paziente con febbricola, tosse e rumori respiratori.

**3) Finalità del presente protocollo**

Riconoscere nel più breve tempo possibile i casi sospetti al fine di ridurre le possibilità di diffusione della malattia, anche, nelle comunità; assicurare nel più breve tempo possibile l'isolamento del caso e il suo trasferimento in Malattie Infettive.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 512 di 524</b></p>
---	--	--

Il piano di contingenza prevede (pag.39) che il paziente sia inviato in malattie infettive senza il passaggio dal Pronto Soccorso, la presenza di un servizio di Malattie Infettive non funzionante h24 sconsiglia l'invio diretto in tale U.O.

#### **4) Pazienti interessati**

Il presente protocollo riguarda esclusivamente i pazienti appena sbarcati, inviati dal medico che si trova al porto, e quelli dell'hot spot di Milo.

Non riguarda i residenti e gli extracomunitari affidati a centri di accoglienza nel senso più lato del termine.

#### **5) Destinatari**

Medici e infermieri del MCAU di Trapani

#### **6) Memento**

È necessario che il medico di Pronto Soccorso fornisca risposte se queste non possono essere fornite in altro luogo o setting assistenziale.

#### **7) Protocollo operativo**

- 8) Il medico presente allo sbarco che identifica un paziente con sospetta tbc appone mascherina (se non è stata apposta dal personale che esegue il triage sottobordo), telefona all'infermiere del triage (0923809127) e lo avverte che stà arrivando il paziente numero di braccialetto.... E che questo paziente deve eseguire Rx torace e/o altro esame/consulenza.
- 9) L'infermiere addetto al triage, controllato il numero di braccialetto e che il paziente indossi l'apposita mascherina di protezione, compilerà la scheda di triage e la richiesta di rx torace e/o degli esami richiesti, a nome del medico responsabile dello sbarco, sotto forma di richiesta delegata;
- 10) Il personale dell'ambulanza, che ha accompagnato il paziente, o il personale del MCAU TP lo porterà in radiologia ove esegue la radiografia o da altri consulenti;
- 11) Se la rx grafia è positiva, per lesione cavitaria aperta, il medico di guardia del MCAU stilerà richiesta di Visita Pneumologica e, nelle ore di apertura dell'U.O. Malattie Infettive, stilerà il ricovero o la richiesta di consulenza, secondo la risposta dello Pneumologo o il quadro radiografico emerso;

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 513 di 524</b></p>
---	--	---

- 12) Il pz., in ogni caso, sarà accompagnato dall'U.O. di Pneumologia all'U.O. di Malattie Infettive e qui ricoverato previo coinvolgimento dell'Ufficio Infermieristico che provvederà a individuare un infermiere per l'assistenza infermieristica notturna presso la stessa U.O.;
- 13) Nelle ore di chiusura dell'U.O. Malattie Infettive, il paziente, dopo la visita pneumologia, sarà riportato in MCAU e qui, se a rischio di tbc a rischio di contagiosità (pag. 85 del piano contingenza viene definito a rischio di contagiosità il paziente "con lesione cavitaria polmonare aperta al tronco bronchiale in fase acuta non trattata") sarà sottoposto a prelievo per quantiferon (vedi appresso);
- 14) Il paziente sarà tenuto in isolamento negli appositi locali previsti dalla direzione sanitaria;
- 15) **Quantiferon:**
  - h) In frigorifero, in apposito contenitore, si trovano delle provette, ne devono essere utilizzate 3 con i tappi di colore diverso; al fine di facilitarne l'uso sono state raggruppate.
  - i) Il prelievo deve essere eseguito secondo le modalità vacutainer. La quantità di sangue deve essere 1 cc e le provette devono essere riempite fino all'apposito segnale. **Non deve essere utilizzato ago a farfalla;**
  - j) Immediatamente dopo il prelievo le provette devono essere miscelate delicatamente **invertendole 10 volte;**
  - k) **Errori di quantità o di miscelazione rendono il test ineseguibile;**
  - l) Sul programma first aid è previsto apposito profilo TBC per le richieste di esami da eseguire;
  - m) Trasferimento: il pz. sarà trasferito, nel più breve tempo possibile in un'U.O. di Malattie Infettive che abbia un posto letto disponibile.

## 7) Conclusioni

Il paziente con sospetta TBC deve restare il minor tempo possibile in sala d'attesa o a contatto con pazienti presenti in MCAU per altre motivazioni.

<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b></p> <p>Data di emissione: <b>01/03/2016</b></p> <p>N°Revisione: <b>0</b></p> <p>Data di revisione: <b>28/06/2012</b></p> <p>N°Revisione: <b>1</b></p> <p>Data di revisione: <b>10/01/2016</b></p> <p><b>Pagina 514 di 524</b></p>
---	---	--

Successivamente i locali in cui il pz. ha soggiornato dovranno essere aerati per circa 30', è consigliabile una pulizia dei locali utilizzando ipoclorito di sodio (candeggina), secondo protocolli aziendali.

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	 <b>ASP TRAPANI</b> <small>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</small>  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> N°Revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>10/01/2016</b>  <b>Pagina 515 di 524</b>
---	--	--

### Modello Consegna Oggetti Personali

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, qualifica, \_\_\_\_\_ dichiara di aver consegnato a \_\_\_\_\_, gli effetti personali sotto elencati del paziente \_\_\_\_\_

TIPO	MATERIALE	COLORE	QUANTITÀ	VARIE
PROTESI DENTARIA				
PROTESI AURICOLARE				
ANELLO				
PORTAFOGLIO				
BRACCIALE				
CELLULARE				
COLLANA				
ORECCHINI				
OROLOGIO				
ALTRO				

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, grado di parentela con il paziente \_\_\_\_\_ (ovvero lo stesso paziente), documento \_\_\_\_\_, dichiara di aver ricevuto gli effetti personali sopradescritti.


Erice, \_\_\_\_\_

Firma di chi ritira

\_\_\_\_\_

Firma di chi consegna

\_\_\_\_\_

<p>PROCEDURA DELLE PRO 1</p>  <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>	<p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU.TP</b> Data di emissione: <b>30/09/2011</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 516 di 524</b></p>
--	--	---

## Acronimi

abbreviazione	dizione
a.l.s.	advanced live support
abc	vie aeree, respiro, attività cardiaca
abcd	vie aeree, respiro, attività cardiaca, sistema nervoso
ant.	anteriore
ASP	azienda sanitaria provinciale
Aus	Ausiliario
Aut	autista
b.l.s.	basic live support
b.l.s.-d	basic live support - defibrillatore
c.e.	corpo estraneo
cup	centro unificato prenotazioni
dae	defibrillatore (semi)automatico
dx	destro
d.p.i.	Dispositivi prevenzione individuale
e.g.a	emo gas analisi
e.v.	endo vena
ecg	elettrocardiogramma
eco	ecografia
eeg	elettro encefalo gramma
egdscopia	esofago gastro scopia
emg	elettromiografia
f.a.	fibrillazione atriale
f.l.c.	ferita lacero contusa
f.v.	fibrillazione ventricolare
fans	antidolorifici non steroirdei
ferita l.c.	ferita lacero contusa
FF.O.	Forze dell'Ordine
g.b.	globuli bianchi
g.c.s.	glasgow coma score
G.R.	globuli rossi
i.m.	intra muscolo
i.m.a.	infarto miocardico acuto
inf.	inferiore
insuff.	insufficienza

**REGISTRO  
DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E  
PROTOCOLLI**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TP1  
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI*Direttore: dott. M.G. Di Martino*

Codice documento:

**PRG.001.MCAU. TP**Data di emissione: **01/03/2016**N°Revisione: **0**Data di revisione: **28/06/2012****Data revisione 23/05/2016****Numero revisione: 3****Pagina 517 di 524**

ira	insufficienza renale acuta
IRC	Italian Resuscitation Council
irc	insufficienza renale cronica
i.t.	Infermiere Triagista
kcl	cloruro di potassio
kmg	cloruro di magnesio
l.m.a.	maschera laringea
m.u.e.	meato uditivo esterno
MCAU	Medicina e Chirurgia d' Accettazione e d'Urgenza
O.M.A.	Otite Media Acuta
O.B.I.	Osservazione Breve Intensiva
oo	entrambi gli occhi
os	bocca
OSS	Operatori Socio Sanitari
OTA	Operatori Tecnici Assistenziali
p.-a.l.s.	pediatric advanced live support
p.-b.l.s.	pediatric basic live support
p.e.a.	attività cardiaca elettrica senza attività meccanica (polso)
p.l.	posto letto
p.p.i.	presidio primo intervento
p.t.a.	presidio territoriale assistenza
pa	pressione arteriosa
pao	pressione arteriosa omerale
paz.	paziente
pnx	pneumotorace
post.	posteriore
pz	paziente
r.g.e.	reflusso gastro esofageo
rcp	rianimazione cardio polmonare
RSA	Residenze Sanitario Assistenziali
s.c.	sotto cute
s.n.g.	sondino naso gastrico
sat	saturazione
sn	sinistro
ssn	servizio sanitario nazionale
sup.	superiore
sx	sinistro



<p>PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA</p> <p><b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b></p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b></p>	<p>Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 518 di 524</b></p>
---	--	---

t.i.a.	accidente cerebro vascolare ischemico transitorio
t.p.s.	tachicardia parossistica sopraventricolare
t.t.	tibiotarsica
t.v.	tachicardia ventricolare
tac	tomografia assiale computerizzata
tc	temperatura corporea
U.O.	unità operativa
U.O.C.	unità operativa complessa
UO	Unità operativa
UTIC	Unità di terapia intensiva coronarica
UTIN	Unità di terapia intensiva neonatale
Vvff	vigili del fuoco
Vvuu	vigili urbani

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	 <b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 519 di 524</b>
---	---	---

[Prospetto indicatori](#) valori 2012

n.b.: schiacciando su PR... con ctrl premuto si va alla procedura, schiacciando ctrl e procedura si torna all'indice

progr	Titolo protocollo/linea guida	indicatore	Valore att.
<a href="#">Pr003</a>	<a href="#">Protocollo inserimento linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.</a>	<b>Indicatore</b> Numero protocolli introdotti in cui si applica il presente protocollo / numero totale protocolli	1
<a href="#">PR004</a>	<a href="#">Gestione Infermieristica Codice Rosso.</a>	Numero di codici rossi accompagnati in sala visita dal triagista / totale codici rossi	98/100
<a href="#">PR005</a>	<a href="#">Triage</a>	Numero schede triage compilate / Numero di accessi al Pronto Soccorso Numero di codici bianchi e verdi visitati / totale accessi bianchi e verdi (Numero pazienti ritornati / totale pazienti inviati) x 100	>Anno precedente 100/100 >Anno precedente 95%  <20% 7 casi in tutto l'anno
<a href="#">PR010</a>	<a href="#">Medicazione.</a>		
<a href="#">PR011</a>	<a href="#">Ausiliari.</a>	Numero di schede affidamento attrezzature ad altri reparti compilate * n. giorni dell'anno  Mancanza di attrezzature non segnalate sulle schede	365 schede/anno  100%  0 attrezzature mancanti non segna
<a href="#">PR012</a>	<a href="#">Alcolemia.</a>	<i>n. alcolemie eseguite / n. accessi venosi eseguiti su guidatori che hanno subito incidente stradale</i> <i>n. drugs test eseguiti / n. cateterismi vescicali eseguiti</i> <i>numero di referti medici correttamente eseguiti / numero di prelievi indotti dalle FF.O. in pz. accompagnati dalle FF.O.</i>	> 90% 92%  > 90% 98% 100% 100% (4 casi)

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 520 di 524</b>
---	--	---

<a href="#">PR013</a>	<a href="#">Scheda Infermieristica.</a>	<p>Per parametro si intende ciascuna registrazione (es.: farmaco praticato, procedura o valore misurato)          (n. di parametri inseriti/totale accessi) x 100          (n. di pz. su cui è stata utilizzata almeno una volta la scheda/totale accessi) x 100          Tale valore sarà calcolato globalmente e per singolo operatore          La valutazione dei risultati ottenuti sarà oggetto di discussione, annualmente, in apposita riunione di audit</p>	<p>progressivo incremento delle percezioni sopra descritta fino ad ottenere (entro il 2012) che nel 100% dei pz. venga utilizzata una volta la scheda infermieristica raddoppiato rispetto al 2011</p>
<a href="#">PR015</a>	<a href="#">Protocollo trauma cranico minore.</a>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero RX cranio</li> <li>2. numero pz. con gcs&lt;14*100 / Numero TC cranio-encefaliche</li> <li>3. Numero di pazienti con lesione post-traumatica intracranica non diagnosticata</li> <li>4. Consegna del foglio con i consigli comportamentali all'accompagnatore *100 / pz con diagnosi di trauma cranico minore</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0 0 eseguite</li> <li>2. 90%</li> <li>3. 100%</li> <li>3. Valore prossimo allo 0</li> <li>Per quanto a conoscenza 0</li> <li>4. &gt;90%</li> <li>98%</li> </ol>
<a href="#">PR018</a>	<a href="#">Ticket Pronto Soccorso.</a>	<p>Pz visitati dal medico *100 / ticket attribuiti</p> <p>Pz visitati dal medico per codice di triage *100 / ticket attribuiti per codice di triage</p>	<p>&lt;+-25% rispetto alla mediana          &lt;+-25% rispetto alla mediana          Vedi relazione</p>
<a href="#">PR023</a>	<a href="#">Maschera laringea.</a>	Numero maschere laringee utilizzate	>dell'anno precedente <i>Raggiunto +15 maschere</i>
<a href="#">PR025</a>	<a href="#">P: Ricoveri Non Urgenti.</a>	<p>Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso</p> <p>Ricoveri eseguiti attraverso il Pronto Soccorso per medico</p>	<p>&lt; rispetto all'anno precedente</p> <p>&lt; rispetto all'anno precedente vedi relazione</p>
<a href="#">PR026</a>	<a href="#">Prevenzione episodi</a>	n. eventi avversi o near misses verificatisi per la presenza di	0 accettabile 2 near misses 1 evento avverso nel 2012

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 521 di 524</b>
---	--	---

	<a href="#">lipotimici.</a>	accompagnatori nelle stanze visita o per caduta da comoda o barella	
<a href="#">PR027</a>	<a href="#">Segnalazione avvelenamenti, assunzione di cibi guasti o avariati o contraffatti o fitofarmaci.</a>	Rispetto del protocollo	6 casi nel 2012 7 protocollo rispettati casi
<a href="#">PC028</a>	<a href="#">Iter provette per esami di laboratorio</a>	n. contestazioni della patologia clinica circa corretto uso delle provette n. contestazioni della patologia clinica circa arrivo dei campioni	<2 1 solo caso segnalato
<a href="#">PC029</a>	<a href="#">Criteri di valutazione del personale</a> (contiene, anche, gli obiettivi dell'U.O. per infermieri e medici)	Vedi prospetto nel documento	Vedi relazione
<a href="#">PC030</a>	<a href="#">Protocollo Sbarelamento</a>	n. segnalazioni sul punto	<2 Nessuna segnalazione
<a href="#">PC031</a>	<a href="#">Protocollo TeleConsulenza neurologica</a>	n. di teleconsulti richiesti per medico (valore assoluto) n. di risposte del neurochirurgo inserite nel fascicolo del paziente o in cartella clinica*100/n. teleconsulti richiesti	>Anno precedente >80% Circa 100% in più rispetto al 2011, obiettivo Direttore Generale raggiunto
<a href="#">PR032</a>	<a href="#">Protocollo Compilazione del Referto Medico e referto non obbligatorio</a>	Rispetto del protocollo	100% dei referti compilati secondo protocollo
<a href="#">PR033</a>	<a href="#">Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica</a>	Numero di ricoveri eseguiti per DRG	<2011 Vedi relazione
	Linee Guida Tirocinanti e		

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 522 di 524</b>
---	--	---

	volontari		
	Linee Guida esecuzione consulenze interne		
<a href="#">PR036</a>	<a href="#">Linee guida per gli autisti: disinfezione e verifica ambulanze</a>	1. n. disinfezioni / anno 2. n. pazienti affetti da m. infettive trasportati*100/n. sanificazioni eseguite al rientro dal trasferimento	1) >10  2) >90% Le ambulanze sono state sanificate e d sec. protocollo
<a href="#">PR037</a>	<a href="#">Carta della salute</a>		
<a href="#">PR038</a>	<a href="#">Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale</a>	n. pazienti inviati al PPI*100/tot.codici bianchi+verdi	>5% Vedi relazione
<a href="#">PR039</a>	<a href="#">Infermiere responsabile del turno</a>	Vedi griglia nel protocollo	
	<a href="#">Gestione del sangue e trasfusioni</a>		
<a href="#">PR041</a>	<a href="#">Prevenzione delle cadute e paziente fragile</a>	Eventi avversi verificatisi	0
<a href="#">PR042</a>	<a href="#">Identificazione del paziente</a>	1) n. correzioni di cognome e nome sulle schede di dimissione ad opera della Capo Sala *100/numero schede dimissione 2) n. Correzioni cognome o nome ad opera della Capo Sala *100/ numero schede dimissione	1) <0.1% 2) <1% Le correzioni sono state estremamente
	Igiene delle mani		
<a href="#">PR044</a>	<a href="#">Richiesta consulenze altri nosocomi</a>	n. consulenze, esami rx grafici richiesti per conto altri nosocomi provinciali	<10 Non sono state eseguite consulenze per terzi dell'ASP, tranne 1 pz proveniente da
<a href="#">PR045</a>	<a href="#">Modifica</a>	n. schede compilate ed allegate al	>90%

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <b>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</b>	  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 523 di 524</b>
---	--	---

	<a href="#">Protocollo trasferimento</a>	foglio di viaggio * 100/ totale trasferimenti senza medico	Le schede sono state compilate per tutti i esclusione di quelli accompagnati da card anestesista
<a href="#">PR046</a>	<a href="#">Trattamento dati paziente "anonimo"</a>	N.pz "anonimi descritti correttamente*100/tot.pz."anonimi"	>90% 3 pazienti anonimi in tutto il 2012 100%
<a href="#">PR047</a>	<a href="#">Violenza</a>	n.applicazione completa del protocollo * 100/ totale pz. presentatisi per violenza	>75% 2 casi in tutto il 2012, protocollo applicato
<a href="#">PR050</a>	<a href="#">Consenso Informato</a>	n. di schede triage firmate*100/totale schede triage compilate	>80% Escludendo i codici rossi, superato il 85%
<a href="#">PR051</a>	<a href="#">Protocollo Uso del Massaggiatore Cardiaco Esterno</a>	Numero di segnalazioni di applicazione del protocollo*100/arresti cardiaci su cui è stato praticato MCE	>95% Utilizzato ad ogni arresto cardiaco con pos ripresa (100%)
<a href="#">PR052</a>	<a href="#">Trasferimento Cardiochirurgia ISMETT</a>	n.pz con rispetto del protocollo*100/totale trasferimenti ISMETT	<5% Il protocollo è stato applicato nel 100% de
<a href="#">PR053</a>	<a href="#">Frattura anca over 65</a>	Segnalazioni del Direttore U.O.C. Ortopedia *100/numero ricoverati per frattura anca over 65	<3% Nessuna segnalazione
<a href="#">PR054</a>	<a href="#">Protocollo Gestione Farmaci</a>	N. schede utilizzate check list farmaci/anno	>340 365 schede compilate
<a href="#">PR055</a>	<a href="#">Assistenza Infermieristica durante i trasferimenti</a>	numero segnalazioni farmaci presenti in ambulanza*100/numero trasferimenti eseguiti	<10% Non sono stati trovati farmaci "orfani" in ar
	<a href="#">CPAP di Boussignac</a>	Utilizzo > 2011	È stata utilizzata in 58 casi
	Accordo territorio/ P.S. diabete		
<a href="#">Pr058</a>	<a href="#">Assistenza al paziente in condizioni critiche o potenzialmente critiche che necessitano di</a>	a) numero di pazienti accompagnati da medico e/o infermiere b) congruità fra le segnalazioni infermieristiche e registrazioni sul sistema informatico (n.cod.bianchi e verdi	a) valore assoluto 35 casi  b)<2% congruità assoluta fra valori attribuiti al tria

PROCEDURA GESTIONALE DI SISTEMA  <b>REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI</b>  U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i>	 <b>ASP TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  <b>Direttore: dott. M.G. Di Martino</b>	Codice documento: <b>PRG.001.MCAU. TP</b> Data di emissione: <b>01/03/2016</b> N°Revisione: <b>0</b> Data di revisione: <b>28/06/2012</b> <b>Data revisione 23/05/2016</b> <b>Numero revisione: 3</b> <b>Pagina 524 di 524</b>
---	---	---

	<a href="#">procedure o interventi da eseguire al di fuori del MCAU</a>	accompagnati *100/tot bianchi e verdi) c) numero di pazienti, in carico al MCAU, che necessitano di intervento di anestesista al di fuori dei locali del P.S., con specialista chiamato da personale diverso da quello del MCAU	<10% rispetto al totale dei pazienti accompagnati da medico e/o infermi 7 casi in tutto il 2012
<a href="#">PR059</a>	<a href="#">Procedura chiama tutti</a>	1) 1 simulazione di chiamata/anno  2) Numero chiamate eseguite*100/ Numero chiamate eseguite	≤ 1 1 chiamata da sanità marittima 1 simulazione aeroportuale  >80% 90%
PCR 061	1	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso	Vedi relazione
	2	Numero Ricoveri OBI	“
	3	% di trattamento in OBI vs accessi P.S.	“
	4	% di ricoveri in altre UU.OO. dopo OBI	“
	5	trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.	“
	6	rientri in O.B.I. entro 48 ore	“