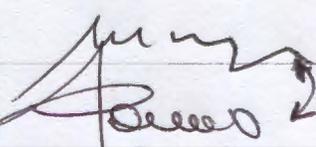
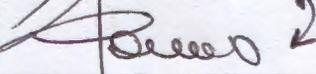
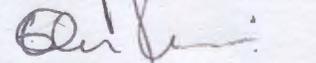


Az. Osp. – Univ. Pisana DAI DEA U.O. Chirurgia d'Urgenza	PROTOCOLLO OPERATIVO PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA	P.O. 01 Rev. 00 Pag. 1 di 7
---	---	--

P.O. 01

**PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA**

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTO	Dott. C. Galatioto	Dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza	6/10/16	
APPROVATO	Prof. M. Chiarugi	Direttore U.O. Chirurgia d'Urgenza	7/10/16	
	Dott.ssa E. Floriani	Coord. inferm. U.O. Chirurgia d'Urgenza	7/10/16	
EMESSO	Dott. S. Giuliani	Direttore ff U.O. Accreditamento e Qualità	7/10/16	

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI DEA U.O. Chirurgia d'Urgenza	PROTOCOLLO OPERATIVO PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA	P.O. 01 Rev. 00 Pag. 2 di 7
--	---	--

Il presente protocollo è stato elaborato a cura di:

- Dott. Christian Galatioto, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Dario Tartaglia, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza
- Dott.ssa Marsia Pucciarelli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Adolfo Puglisi, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Matteo Modesti, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Andrea Bertolucci, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Ismael Cengeli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Luigi Cobuccio, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza

Con la collaborazione della dott.ssa Federica Marchetti, IFC U.O. Accreditamento e Qualità e della dott.ssa Maria Carola Martino, dirigente medico U.O. Igiene ed Epidemiologia - UGIRCC

Revisionato a cura di:

- Prof. Massimo Chiarugi, direttore U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Eugenio Orsitto, direttore DEA e direttore U.O. Radiodiagnostica PS
- Dott. Massimo Santini, direttore U.O. Medicina d'Urgenza e PS
- Dott. Paolo Malacarne, direttore U.O. Anestesia e rianimazione PS
- Dott.ssa Elena Floriani, coordinatore infermieristico U.O. Chirurgia d'Urgenza

La U.O. Accreditamento e Qualità, in ottemperanza alla P.A. 01: "Gestione documentazione qualità", ha provveduto ad effettuare:

- la verifica di conformità (requisiti attesi, codifica, congruità con la documentazione aziendale esistente);
- la convalida e l'emissione (responsabilità, approvazione, definizione lista di distribuzione);
- la distribuzione e la conservazione.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DEA</p> <p>U.O. Chirurgia d'Urgenza</p>	<p>PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p>PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA</p>	<p>P.O. 01</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 3 di 7</p>
---	--	---

I N D I C E

1. PREMESSA	4
2. SCOPO ED OBIETTIVI.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. RESPONSABILITÀ	5
5. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE.....	5
6. MODALITÀ OPERATIVE.....	5
6.1 Gestione del paziente presso il PS	5
6.2 Gestione del paziente eleggibile all'intervento di colecistectomia presso la U.O. Chirurgia d'urgenza	5
7. INDICATORE/I PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO.....	6
8. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ	6
9. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI.....	7

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DEA</p> <p>U.O. Chirurgia d'Urgenza</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA</p>	<p>P.O. 01</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 4 di 7</p>
---	--	---

1. PREMessa

La colecistite acuta litiasica è una patologia piuttosto frequente nella popolazione generale, che colpisce circa il 20% dei pazienti con litiasi della colecisti. La diagnosi e la definizione del grado di severità di questa patologia vengono generalmente definite dalle linee guida di Tokio. Il trattamento iniziale è rappresentato da una terapia medica antibiotica e di supporto. Il successivo iter terapeutico varia in funzione del grado di severità della colecistite. Per lungo tempo, il corretto timing tra la comparsa dei sintomi e l'esecuzione dell'intervento chirurgico di colecistectomia è stato oggetto di dibattito. Diversi studi hanno proposto una distinzione tra la colecistectomia laparoscopica (CL) precoce e ritardata. In generale, si definisce precoce una CL eseguita durante il ricovero per la colecistite acuta litiasica (entro 10 giorni dalla diagnosi), mentre la CL ritardata viene eseguita nel corso di un successivo ricovero, dopo la risoluzione dell'episodio acuto con terapia medica, a distanza di diverse settimane. Le recenti linee guida consigliano, con forte raccomandazione, di eseguire l'intervento durante le fasi iniziali dell'ospedalizzazione. Infatti è stato riportato che una precoce CL, entro le 48-72 ore dal ricovero, è associata ad una riduzione della durata media di degenza post-operatoria e dei costi sanitari senza essere gravata da un aumentato rischio di conversione e di complicanze, in particolare di lesioni iatrogene a carico della via biliare principale.

La nostra struttura presenta una casistica annua di circa 100 colecistectomie laparoscopiche per colecistite acuta.

Poiché esiste una certa variabilità fra il momento di insorgenza dei sintomi e la definizione diagnostica, e non sempre è possibile definire, temporalmente, con esattezza questi due momenti, è stato deciso di far corrispondere l'inizio del timing con il momento del ricovero in reparto (facilmente desumibile dal VEAM)

2. SCOPO ED OBIETTIVI

Il presente protocollo intende garantire la gestione ottimale, nel rispetto della tempistica sopra definita, del paziente con colecistite acuta litiasica che afferrisce al D.E.A. della A.O.U.P.

In particolare gli obiettivi che si intendono garantire sono:

- corretta e precoce identificazione dei pazienti eleggibili
- corretta presa in carico del paziente dai diversi setting assistenziali
- riduzione del rischio di conversione e di complicanze, in particolare di lesioni iatrogene a carico della via biliare principale.
- riduzione della durata media di degenza post-operatoria
- riduzione dei costi sanitari

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo deve essere applicata dal personale medico ed infermieristico dell'U.O. Chirurgia di Urgenza Univ. ogni qualvolta vi sia la necessità di gestire un paziente con colecistite acuta litiasica ricoverato presso la U.O. Chirurgia di urgenza Univ. della A.O.U.P., ognuno in base alle proprie competenze.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DEA</p> <p>U.O. Chirurgia d'Urgenza</p>	<p align="center">PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p align="center">PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA</p>	<p>P.O. 01</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 5 di 7</p>
---	--	---

4. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità delle singole attività verranno indicate di volta in volta nelle varie fasi.

5. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

CL	Colecistectomia laparoscopica
----	-------------------------------

6. MODALITÀ OPERATIVE

6.1 Gestione del paziente presso il PS

I pazienti che giungono al PS con dolore all'ipocondrio di destra vengono inizialmente valutati dal medico di PS, il quale, come definito nella PA 70 "DEA: Percorso del paziente chirurgico in emergenza e urgenza afferente alla U.O. Chirurgia d'urgenza Univ.", procede alla prescrizione della diagnostica (imaging e laboratoristica) necessaria. In caso di sospetto di colecistite acuta litiasica viene attivata immediatamente la consulenza chirurgica attraverso la chiamata su teledrin del medico di guardia della U.O. Chirurgia d'urgenza.

Si definisce **colecistite acuta litiasica** il quadro clinico caratterizzato, solitamente, dai seguenti parametri :

- Clinici: nausea e/o vomito, dolore e dolorabilità in epigastro e/o ipocondrio destro, segno di Murphy positivo, febbre.
- Laboratoristici: leucocitosi neutrofila, incremento della PCR e/o PCT, talvolta lieve incremento delle transaminasi, bilirubina, GGT e fosfatasi alcalina).
- Ecografici: presenza di calcoli nella colecisti, ispessimento della pareti della colecisti, versamento pericolecistico, segno di Murphy ecografico.

Il chirurgo in caso di conferma del quadro di colecistite acuta litiasica, in mancanza di importanti comorbidità e/o assunzione di farmaci che possano inficiare l'eleggibilità del paziente a tale percorso chirurgico d'urgenza (ad esempio uso di anticoagulanti, ecc.), predispone il ricovero del paziente presso la U.O. Chirurgia d'urgenza (**orario in cui inizia il timing: tale orario è rilevabile dalla scheda VEAM emessa dal PS al momento della dimissione per presa in carico da parte della struttura di ricovero**).

In caso di mancanza di posti letto, il paziente viene momentaneamente ricoverato presso una struttura di medicina dove comunque inizia la preparazione all'intervento, in attesa del suo trasferimento presso la UO di Chirurgia d'Urgenza.

6.2 Gestione del paziente eleggibile all'intervento di colecistectomia presso la U.O. Chirurgia d'urgenza

Il paziente una volta giunto nel reparto di chirurgia inizia l'iter di preparazione per essere sottoposto a colecistectomia laparoscopica.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DEA</p> <p>U.O. Chirurgia d'Urgenza</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA</p>	<p>P.O. 01</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 6 di 7</p>
---	--	---

Tale iter prevede:

1. **valutazione clinica** per valutare il quadro clinico locale e le condizioni generali e per impostare terapia medica mirata di supporto;
2. **valutazione anestesiologicala** per escludere controindicazioni anestesiologicalhe assolute allo pneumoperitoneo ed quantificare il rischio operatorio (identificazione di eventuale controindicazioni assolute alla chirurgia, quale una severa insufficienza cardio-respiratoria). L'anestesista della UO Anestesia e Rianimazione PS, presente in sala operatoria o in rianimazione, viene contattato telefonicamente dal medico di reparto. Nel caso in cui l'anestesista dedicato alla sala operatoria della Chirurgia d'urgenza, fosse impegnato su un altro intervento, una volta terminata l'anestesia in corso, si reca al letto del malato per la valutazione preoperatoria;
3. **inserimento in lista di programmazione per intervento chirurgico in urgenza differita** con attivazione del blocco operatorio attraverso l'inserimento del paziente nel **programma ORMAWEB**;
4. **preparazione infermieristica all'intervento chirurgico** secondo quanto definito dalla LG 02 "Linea guida aziendale per la preparazione del paziente all'intervento Chirurgico";
5. **trasporto nel blocco operatorio (2 infermieri o 1 infermiere e 1 OSS)** per trattamento chirurgico ed inizio intervento. **L'orario di fine timing è l'orario di inizio dell'intervento riportato sul registro operatorio (ormaweb).**

I pazienti non candidabili al trattamento laparoscopico vengono indirizzati verso una terapia medica ed un eventuale posizionamento di drenaggio colecistostomico percutaneo eco-guidato o ad intervento chirurgico laparotomico.

7. INDICATORE/I PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO

1. **indicatore di processo:** n° di ore trascorse tra l'orario di chiusura del PS e l'inizio dell'intervento
Standard: =<72 ore
2. **indicatore di processo:** n° di pazienti che eseguono l'intervento entro le 72 ore/ n° di pazienti eleggibili
Standard: 80%

8. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ

L'aggiornamento del presente protocollo è consequenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali o etico-professionali o in occasione di mutamenti di indirizzo proposti da norme, regolamenti ed indicazioni tecniche degli organismi scientifici nazionali ed internazionali o in occasione di mutamenti delle strategie, delle politiche complessive e delle esigenze organizzative aziendali. Si precisa che, ad ogni modo, la revisione va effettuata almeno ogni 3 anni.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DEA</p> <p>U.O. Chirurgia d'Urgenza</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLLO PER TIMING DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA LITIASICA</p>	<p>P.O. 01</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 7 di 7</p>
---	--	---

9. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

Attili AF, Carulli N, Roda E, Barbara B, Capocaccia L, Menotti A, et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (M.I.COL.). *Am J Epidemiol.* 1995;141(2):158

Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gomi H, Yoshida M, Mayumi T, Miura F, Gouma DJ, Garden OJ, Büchler MW, Kiriyama S, Yokoe M, Kimura Y, Tsuyuguchi T, Itoi T, Gabata T, Higuchi R, Okamoto K, Hata J, Murata A, Kusachi S, Windsor JA, Supe AN, Lee S, Chen XP, Yamashita Y, Hirata K, Inui K, Sumiyama Y; Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013 Jan;20(1):1-7

Peitzman, Andrew B.; Watson, Gregory A.; Marsh, J. Wallis Acute cholecystitis: When to operate and how to do it safely. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery.* 78(1):1-12, January 2015

L. Ansaloni, M. Pisano, F. Coccolini, A. B. Peitzmann, A. Fingerhut, F. Catena, F. Agresta, A. Allegri, I. Bailey, Z. J. Balogh, C. Bendinelli, W. Biffl, L. Bonavina, G. Borzellino, F. Brunetti, C. C. Burlew, G. Camapanelli, F. C. Campanile, M. Ceresoli, O. Chiara, I. Civil, R. Coimbra, M. De Moya, S. Di Saverio, G. P. Fraga, S. Gupta, J. Kashuk, M. D. Kelly, V. Koka, H. Jeekel, R. Latifi, A. Leppaniemi, R. V. Maier, I. Marzi, F. Moore, D. Piazzalunga, B. Sakakushev, M. Sartelli, T. Scalea, P. F. Stahel, K. Taviloglu, G. Tugnoli, S. Uraneus, G. C. Velmahos, I. Wani, D. G. Weber, P. Viale, M. Sugrue, R. Ivatury, Y. Kluger, K. S. Gurusamy, E. E. Moore. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2016; 11: 25. Published online 2016

Agresta, F., Campanile, F.C., Vettoretto, N. et al. Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines *Langenbecks Arch Surg* (2015) 400: 429.

Chandler CF, Lane JS, Ferguson P, Thompson JE, Ashley SW. Prospective evaluation of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *AmSurg.* 2000;66(9):896–900