

PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA

Cod. PO-DIOT-05-39

Procedura Operativa
GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni			
	Redazione	Verifica	Approvazione	
0.0	Sostituto Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione DR. SSA M. MARAGNO Data 02/12/2025 Direttore U.O.C. Cardiologia e U.T.I.C. Dr. G. TARSIA Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia e U.T.I.C. Dr. N. BOZZA	Data 16/12/2025 Direttore Dipartimento Integrazione Ospedale Territoriale Dr. G. ANNESE Resp. I.D.F. Gestione Sistema Documentale della Qualità Dott.ssa C. GENTILE Direttore S.I.C. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico Dr. A. FAZIO	Data 23.12 2025 Direttore Sanitario Dr. A. GIGLIOBIANCO	

Ratifica	DATA: 08-01-2026	Direttore Generale: Direttore Generale: Avv. M. N. C. FRIOLO
----------	------------------	--

Distribuzione:

_____ copia originale

☒ X _____ copia in distribuzione controllata _____ copia in distribuzione non controllata

Note:

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della Procedura è dei destinatari di questa documentazione. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 2/18

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO/OBIETTIVO.....	3
3. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	3
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE	4
6. ALLEGATI.....	11
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	17

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 3/18

1. PREMESSA

La fibrillazione atriale (FA) rappresenta la più frequente forma di aritmia sopraventricolare a livello globale, interessando circa 9 milioni di cittadini europei di età superiore ai 55 anni nel 2010 e con stime di prevalenza superiori ai 18 milioni entro il 2060. In Italia è stato calcolato che circa 1 milione di pazienti di età >65 anni sia affetto da FA, con una previsione di raddoppio dei casi entro il 2060.

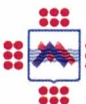
La FA rappresenta circa il 2% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso (PS), dei quali circa il 65% è valutato esclusivamente dai medici del Dipartimento d'Emergenza

2. SCOPO/OBIETTIVO

Definire modalità operative condivise tra i Dipartimenti d'Emergenza e delle Malattie Cardiovascolari per una gestione integrata, puntuale e aggiornata del paziente affetto da FA.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Guerra F, Pavoni I, Romandini A, et al. Feasibility of a cardiologist-only approach to sedation for electrical cardioversion of atrial fibrillation: a randomized, open-blinded, prospective study. *Int J Cardiol* 2014; 176:930-5.
- Stronati G, Capucci A, Dello Russo A, et al. Procedural sedation for direct current cardioversion: a feasibility study between two management strategies in the emergency department. *BMC Cardiovasc Disord* 2020; 20:388.
- 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)
- Documento di consenso ANMCO-SIMEU: Gestione appropriata della fibrillazione atriale in Pronto Soccorso.
- Does the CHA2DS2-VASc scale sufficiently predict the risk of left atrial appendage thrombus in patients with diagnosed atrial fibrillation treated with non-vitamin K oral anticoagula.
- Dentali F, Botto GL, Gianni M, et al. Efficacy and safety of direct oral anticoagulants in patients undergoing cardioversion for atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Int J Cardiol.* 2015; 185: 72–77, doi: 10.1016/j.ijcard.2015.03.096, indexed in Pubmed: 25791094.
- Is transesophageal echocardiography necessary before electrical cardioversion in patients treated with non-vitamin K antagonist oral anticoagulants? Current evidence and practical approach.
- European Heart Journal (2024) 45, 3314–3414 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA	COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO	REV. 0.0	Pagina 4/18

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

UOC Cardiologia Matera, UOC PS Matera, UOC Rianimazione Matera, UOSD UTIC Matera e Policoro, UOSD PS Policoro, UOSD Rianimazione e UOSD Sale Operatorie Policoro.

5. MODALITA' OPERATIVE

A. TRIAGE

- Valutazione clinico-anamnestica con particolare attenzione all'ora di insorgenza dei sintomi e ad eventuale terapia domiciliare anticoagulante già in essere;
- Misurazione dei parametri vitali compresa la temperatura;
- Assegnazione del codice colore secondo le linee guida del triage.

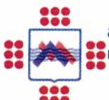
B. VALUTAZIONE MEDICO DI URGENZA

→ Anamnesi ed esame obiettivo

- Paziente stabile o instabile;
- Insorgenza stabilita con certezza < di 24 ore;
- Episodi precedenti e loro trattamento;
- Stato idratazione;
- Paziente in TAO (valutare INR) o DOAC
- Score di rischio tromboembolico ed emorragico (CHA2DS2-VA e HAS-BLED) (Allegati 1 e 2);
- Segni e sintomi di scompenso.

→ Esami da fare e richiedere in urgenza

- **ECG**: Assenza di onde P intervalli RR irregolari, forme ad onda di fibrillazione irregolari (meglio visibili in D2, D3, aVF, V1);
- **Rx torace** se primo episodio o segni di scompenso;
- **Emocromo** se vi sono segni obiettivi di una anemia o un sanguinamento recente (in previsione del piano terapeutico)
- **Elettroliti** L'ipokaliemia in combinazione con alcuni antiaritmici determina un'aumentata incidenza di torsione di punta
- **Funzionalità renale**;
- **Funzionalità epatica**;
- **Markers di citolisi miocardica**: da richiedere solo ai pazienti con sintomatologia anginoso o alterazioni strumentali suggestive di SCA. Malgrado la fibrillazione atriale sia una complicanza comune dell'IMA, i dati suggeriscono che la determinazione seriata dei markers di citolisi miocardica, sono da riservare ai pazienti con sospetto di SCA;
- **Digossinemia e teofillinemia se assunti a domicilio**: possono essere causa di F.A in soggetti in trattamento;
- **Esami della coagulazione**: PT, INR, PTT;
- **ECOCARDIOGRAMMA, FOCUSED CARDIAC ULTRASOUND (FoCUS)** per escludere versamento pericardico, stenosi mitralica (DOAC controindicati) per scegliere l'antiaritmico (valutare spessori ed FE) in pazienti con FA di prima insorgenza e con

 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA	COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO	REV. 0.0	Pagina 5/18

situazione cardiologica strutturale non nota; se il Dirigente MEU è in grado di farlo in autonomia procede, altrimenti chiede consulenza cardiologica. Se impossibile effettuare ecocardiogramma, si procederà con l'utilizzo del cordarone.

C. TRATTAMENTO

C.1 Paziente instabile (sincope, EPA, ischemia miocardica, ipotensione sintomatica, shock cardiogeno):

- Sedazione gestita del Medico di PS che valuta l'eventuale necessità di assistenza anestesiológica, anticoagulazione, shock bifasico sincronizzato alla massima energia;
- Consulenza cardiologica urgente;
- Al fine di implementare l'efficacia della defibrillazione e di ridurre la possibilità di recidive potrebbe essere utile somministrare farmaci antiaritmici in accordo e secondo indicazione del cardiologo.

C. 2 Paziente stabile

a. Insorgenza < 24 ore prima di cardioversione farmacologica o elettrica

- Correggere eventuali disonie
- Valutare la presenza di controindicazioni: malattia del nodo del seno, turbe conduzioni AV, QT > 500 ms.
- Acquisire informazioni sulla situazione cardiaca strutturale o richiedere valutazione cardiologica per eseguire Ecocardiogramma prima di anticoagulazione con DOAC (se il Medico di PS non è in grado di farla in autonomia)
- Chiedere consulenza cardiologica ove ritenuto necessario da parte del medico di PS

a.1 Cardioversione farmacologica

- se non in terapia anticoagulante iniziare DOAC
- dopo bolo fatto in emergenza sotto monitoraggio continuo spostare in OBI
- utilizzare cordarone se non è possibile effettuare ecocardiogramma

FARMACI PER CARDIOVERSIONE:

→ FLECAINIDE:

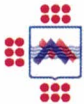
Dose di carico: 2 mg/kg in 10 min

Controindicazioni cardiopatia ischemica/ malattia strutturale/ ipertrofia ventricolare sinistra/ disfunzione ventricolare sinistra

→ CORDARONE

- **Dose di carico:** 5-7 mg/kg in 1-2 ore
- **Dose Mantenimento:** 50 mg/h (massimo 1.2 g in 24 ore)

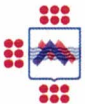
→ IBUTILIDE: Utile per la cardioversione di flutter atriale

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA	COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO	REV. 0.0	Pagina 6/18

- **Dose di carico:** 1 mg/kg in 10 min o 0.01 mg/kg se peso < 60 kg
- **Dose Mantenimento** 1 mg/kg in 10 min (10-20 min dopo bolo)
Controindicazioni in caso di QT lungo, severa ipertrofia, disfunzione ventricolare sinistra, monitoraggio continuo per rischio aritmie e torsioni di punta

a.2 Cardioversione elettrica (il pretrattamento con antiaritmici è consigliato)

- se non in terapia anticoagulante iniziare DOAC,
 - non somministrare nulla per via orale per 6 ore,
 - chiedere consenso informato (vedi allegato 1),
 - chiamare in consulenza il cardiologo solo se ritenuto necessario da parte del medico di PS che ha in gestione il paziente.
- **SEDAZIONE:** sedoanalgesia senza la presenza dell'anestesista se non ritenuto opportuno dal medico di guardia in PS e che ha in carico il paziente:
- Midazolam 0.1 mg/kg da dimezzare nell'anziano
 - fentanyl 1ug/kg¹⁻²
- **POSIZIONAMENTO PLACCHE:** Spalmare le piastre di pasta elettroconduttrice (non quella per eco) e posizionare gli elettrodi o i patch; la posizione degli elettrodi può essere anteroposteriore o sterno apicale (piastra apicale sulla linea ascellare media)
- Impostare in sincronizzato e verificare da parte dello strumento dell'onda R
 - Impostare l'energia di scarica al massimo
 - Esercitare una pressione di circa 12 kg se si utilizzano le piastre
 - CARICARE
 - Avvertire tutto il personale di allontanarsi
 - Verificare che non vi siano fonti di ossigeno dirette sul paziente e nella zona della defibrillazione
 - Riverificare che tutti siano lontani e che persista il ritmo da cardiovertire
 - Comunicare ad alta voce che si sta erogando lo shock
 - **EROGARE LO SHOCK** spingendo contemporaneamente i 2 tasti delle piastre o premendo il pulsante del defibrillatore in caso di utilizzo dei patch
 - Svegliare, eventualmente, il paziente con flumazenil e naloxone
 - Tenere il paziente in Osservazione Breve rivalutando i parametri vitali ogni 30 minuti.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA	COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO	REV. 0.0	Pagina 7/18

b. Insorgenza > di 24 ore

Strategia terapeutica: **Rhythm control versus rate control**

b.1 Valutare stato di anticoagulazione:

- se anticoagulato da più di 3 settimane si può optare
 - ✓ per il controllo della frequenza cardiaca o per il controllo del ritmo con la cardioversione farmacologica o elettrica
- se non anticoagulato o anticoagulato da meno di 3 settimane
 - ✓ controllo della frequenza o controllo del ritmo ma questo, solo se è possibile effettuare ETE (Ecocardiogramma Trans Esofageo) in urgenza,
 - ✓ cardioversione elettrica in elezione con presa in carico dall'ambulatorio di Cardiostimolazione e Aritmologia dove il medico di PS o il paziente (se in fasce orarie in cui l'ambulatorio è chiuso) può prenotare chiamando il numero telefonico dedicato: **331 627 9265**.

Fattori che fanno propendere verso il controllo del ritmo piuttosto che della frequenza:

- ✓ primo episodio di FA,
- ✓ giovane età
- ✓ tachicardiomiopatia,
- ✓ atrio sinistro lievemente dilatato,
- ✓ ridotto numero di comorbidità,
- ✓ difficoltà nel conseguire un valido controllo della frequenza,
- ✓ scelta del paziente.

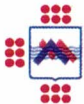
b.2 Controllo della frequenza

- **Betabloccanti Controindicati in caso di shock asma severo gravidanza**
 - Metoprololo 2.5-5 mg e.v. in bolo fino a 4 dosi ///somministrazione orale 25-100 mg bid;
 - Bisoprololo. somministrazione orale 1.25-10 mg/die;
 - Esmololo. 500 mg/kg e.v. in bolo in 1 min seguito da infusione a 50-300 mg/kg/min;
 - Landiololo 100 mg/kg e.v. in bolo in 1 min seguito da infusione a 10-40 mg/kg/min;
 - Nebivololo somministrazione orale 2.5-10 mg/die;
 - Carvedilolo somministrazione orale 3.125-50 mg bid.
- **Calcioantagonisti non diidropiridinici**
 - Verapamil 2.5-10 mg e.v. in bolo in 5 min;
 - somministrazione orale 40 mg bid fino a 480 mg/die (lento rilascio);
 - Diltiazem 0.25 mg/kg e.v. in bolo in 5 min, seguito da infusione a 5-15 mg/h;
 - somministrazione orale 60 mg tid fino a 360 mg/die (lento rilascio)

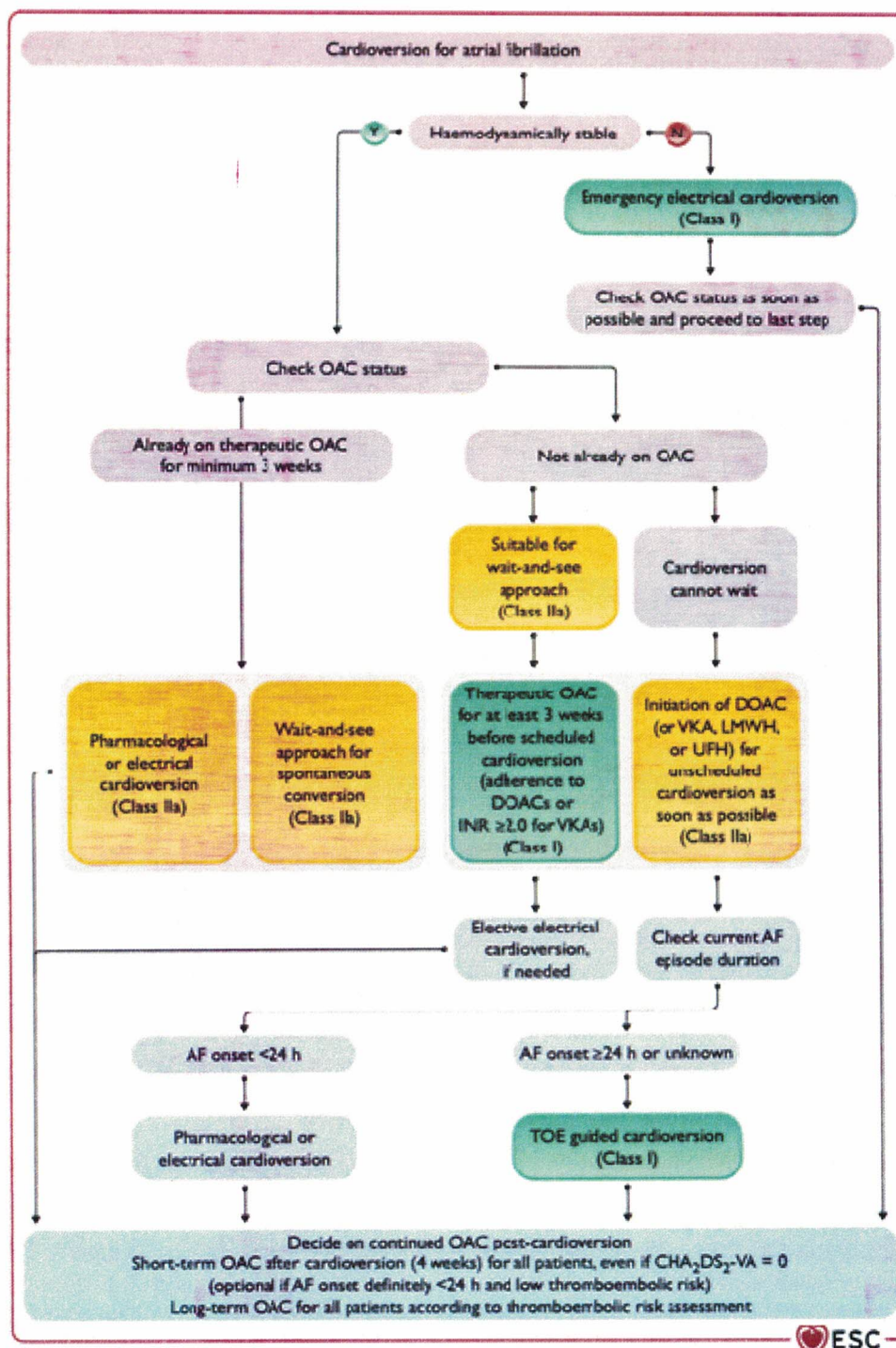
Controindicazioni: scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione.

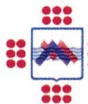
→ **Glicosidi digitalici**

Digossina: 0.5 mg e.v. in bolo (0.75-1.5 mg in 24h in dosi suddivise).

 azienda sanitaria locale materata	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 8/18

Flow Chart gestione FA



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 9/18

D. CONSULENZA CARDIOLOGICA

- in previsione di ricovero se segni di scompenso, cardiopatia ischemica, segni di ischemia cerebrale.

E. DIMISSIONE

→ A domicilio

- ✓ Se già noto e in anticoagulazione:
- ✓ Se FC inferiore a 100/min senza ripristino dell'RS dopo 30 ore di osservazione
- ✓ Se FA di prima insorgenza cardiovertita con raccomandazione di:
 - impostare terapia anticoagulante con DOAC se non controindicati
- ✓ Se FA non databile di nuova insorgenza e a FC < 100 con raccomandazione di:
 - impostare terapia anticoagulante con NAO se non controindicati

In ogni caso Inviare in DH Cardiologico/Ambulatorio. Alla dimissione da PS va prodotta e stampata la richiesta di visita aritmologica e nelle note va specificato di presentarsi presso l'ambulatorio dedicato, il mercoledì successivo dalle ore 8:00 alle ore 9:30

→ Ricovero

- ✓ In cardiologia/UTIC nei casi di FA con segni di scompenso, cardiopatia ischemica.
- ✓ In ambiente internistico se cardiologicamente non sussistono i criteri di ricovero in Cardiologia/UTIC su indicazione del cardiologo.

F. PRESA IN CARICO AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA E CARDIOVERSIONE ELETTIVA DIFFERITA

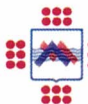
È fondamentale che nei pazienti con FA di prima diagnosi che afferiscono al PS, venga prevista una valutazione cardiologica completa con successiva presa in carico (DH Cardiologico/Ambulatorio di Aritmologia).

In tale occasione potranno essere valutate le indicazioni alla terapia anticoagulante cronica, a profilassi antiaritmica, trattamento della patologia cardiaca sottostante la FA e/o dei fattori di rischio predisponenti alla FA, indicazioni in casi selezionati a procedura di ablazione transcatetere o chiusura percutanea dell'auricola sinistra

Una terapia anticoagulante orale continuativa per più di 3 settimane consente di poter procedere a un trattamento terapeutico volto al ripristino del ritmo sinusale.

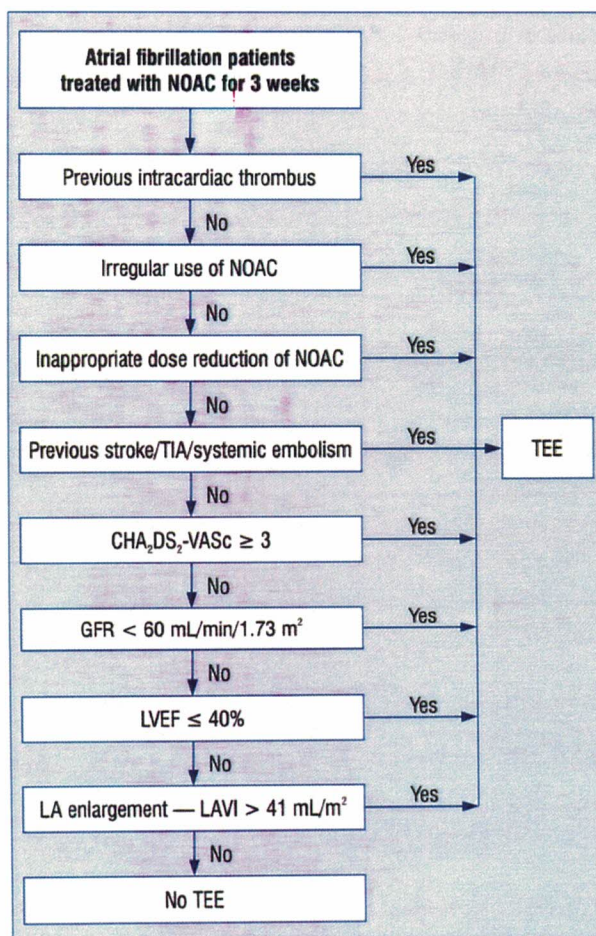
Diversi studi clinici hanno evidenziato come nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare trattati con i NAO per più di 3 settimane la prevalenza di trombosi auricolare sinistra è di circa il 4.4 %, ciò nonostante questa non correla direttamente con lo sviluppo di fenomeni tromboembolici dopo la cardioversione elettrica (prevalenza 0.4%).⁶

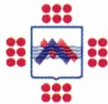
Sebbene le linee guida internazionali consentano una cardioversione elettrica senza la necessità di eseguire un ecocardiogramma transesofageo, potrebbe essere utile al fine di minimizzare il rischio trombo embolico eseguirlo solo in pazienti selezionati.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 10/18

È stato recentemente proposto un nuovo algoritmo che standardizza il rischio di trombosi auricolare sinistra in modo da selezionare i pazienti ad alto rischio ed eseguire prima della cardioversione elettrica l'ecocardiogramma transesofageo.⁷

Indicazioni al TEE



 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 11/18

6. ALLEGATI

ALLEGATO 1

Table 10 Updated definitions for the CHA₂DS₂-VA score

CHA ₂ DS ₂ -VA component		Definition and comments	Points awarded ^a
C	Chronic heart failure	Symptoms and signs of heart failure (irrespective of LVEF, thus including HFpEF, HFmrEF, and HFrEF), or the presence of asymptomatic LVEF ≤40%. ^{261–263}	1
H	Hypertension	Resting blood pressure >140/90 mmHg on at least two occasions, or current antihypertensive treatment. The optimal BP target associated with lowest risk of major cardiovascular events is 120–129/70–79 mmHg (or keep as low as reasonably achievable). ^{162,264}	1
A	Age 75 years or above	Age is an independent determinant of ischaemic stroke risk. ²⁶⁵ Age-related risk is a continuum, but for reasons of practicality, two points are given for age ≥75 years.	2
D	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (type 1 or type 2), as defined by currently accepted criteria, ²⁶⁶ or treatment with glucose lowering therapy.	1
S	Prior stroke, TIA, or arterial thromboembolism	Previous thromboembolism is associated with highly elevated risk of recurrence and therefore weighted 2 points.	2
V	Vascular disease	Coronary artery disease, including prior myocardial infarction, angina, history of coronary revascularization (surgical or percutaneous), and significant CAD on angiography or cardiac imaging. ²⁶⁷ OR Peripheral vascular disease, including: intermittent claudication, previous revascularization for PVD, percutaneous or surgical intervention on the abdominal aorta, and complex aortic plaque on imaging (defined as features of mobility, ulceration, pedunculation, or thickness ≥4 mm). ^{268,269}	1
A	Age 65–74 years	1 point is given for age between 65 and 74 years.	1

© ESC 2024

ALLEGATO 2

Punteggio HAS_BLED			
Variabili	Punteggio	Punteggio HAS_BLED	Emorragia x 100 pazienti anno
Ipertensione	1	1	1.13
Funzionalità epatica e renale	1 o 2	2	1.02
Stroke	3	3	1,86
Precedenti emorragie o fattori predisponenti	1	4	3,74
Labile controllo INR	1		8.70
Assunzione di droga o alcool	1 o 2		
Dati insufficienti per l'analisi delle emorragie con punteggio HAS-BLED>5			

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 12/18

ALLEGATO 3

CONSENSO INFORMATO ALLA SEDO-ANALGESIA

Egr/Gent. Sig./Sig.ra.....

- La sedo-analgesia è una tecnica di somministrazione di agenti sedativi o dissociativi, con o senza analgesici col fine di indurre uno stato che consenta al paziente di tollerare procedure dolorose mantenendo intatta la funzione cardiorespiratoria.
- Il rischio della sedo-analgesia è in genere molto basso
- Le complicanze della sedo-analgesia, come l'ipotensione e la depressione respiratoria sono rare ma possono essere affrontate dal personale altamente esperto e qualificato che opera in questo Pronto Soccorso, che è dotato di apparecchiature idonee a fronteggiare qualsiasi situazione di rischio.
- Il/la sottoscritto/a..... dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni e di aver capito quanto mi è stato adeguatamente spiegato relativamente alla procedura proposta e alle eventuali alternative alla stessa.

Ho letto e capito queste "notizie per il consenso informato" e sono d'accordo ad essere sottoposto/a a questo intervento terapeutico. Autorizzo il personale medico all'esecuzione dello stesso. Comprendo che la mia firma in calce ha solo lo scopo di fornire la documentazione che ho ricevuto le necessarie informazioni per dare il mio consenso

Paziente o chi ne fa le veci

Matera, lì

Timbro e Firma

Dott.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 13/18

ALLEGATO 4

MODULO DI DIMISSIONE PER GLI ADULTI SOTTOPOSTI A SEDAZIONE COSCIENTE

- 1) Le sono stati somministrati farmaci che provocano sonnolenza ed impaccio motorio; ciò può durare alcune ore dopo che ha lasciato il Pronto Soccorso. Dovrebbe evitare ogni attività potenzialmente pericolosa: come guidare, manovrare macchinari, lavorare a grandi altezze, nuotare, andare in bicicletta
- 2) Potrebbe sentirsi debole, barcollante, stordita/o o nauseata/o per alcune ore. Per 1 - 2 ore è opportuno non assumere cibi solidi. Bere solo piccole quantità di liquidi e se li tollerate continuate con piccole quantità di cibi solidi
- 3) Assuma medicinali per il dolore, se Le sono stati prescritti, solo come indicato dal medico
- 4) Evitati per almeno 24 ore bevande alcoliche, sonniferi o farmaci che vi possono stordire

Se notasse qualsiasi cosa di anomalo o avesse delle domande potete contattare il dr Al seguente n° telefonico 0835/253212 che potrà darvi tutte le informazioni necessarie.

Inoltre ricordate che il Pronto Soccorso è aperto 24 ore su 24, ogni giorno e noi siamo sempre a Sua disposizione per ogni chiarimento

Matera, lì

 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 14/18

ALLEGATO 5

MODELLO INFORMATIVO RELATIVO ALLA PROCEDURA DI CARDIOVERSIONE ELETTRICA

Il sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....
 In nome e per conto del/la Sig/Sig.ra.....
 nato/a a.....il
 che mi ha incaricato di raccogliere questo consenso informato ai sensi dell'art.1 comma 3 della L. 22 dicembre 2017, n. 219 dichiaro di essere stato/a informato/a in data..... dal dr.....
 DI ESSERE AFFETTO DA/CHE IL MIO DELEGANTE È AFFETTO DA:

- Fibrillazione atriale ☐
- Flutter atriale ☐
- Tachicardia atriale ☐

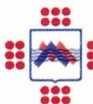
E che per il trattamento della stessa è indicato la procedura di CARDIOVERSIONE ELETTRICA Il presente foglio ha lo scopo di informarLa riguardo all'utilità ed alle modalità di esecuzione della cardioversione elettrica esterna.

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

Il suo cuore attualmente batte in modo irregolare e/o rapido, essendo stata riscontrata la presenza all'elettrocardiogramma di una aritmia (fibrillazione atriale, flutter, tachicardia atriale o altra). Tale aritmia oltre a poterle causare vari sintomi (palpitazioni, affanno, stanchezza, vertigini) può, in presenza di frequenza cardiaca troppo elevata, peggiorare la funzione del suo cuore. Nel suo caso si è ritenuto indicato tentare di ripristinare il normale ritmo regolare cardiaco sinusale, tramite l'applicazione nel suo torace di una corrente elettrica che ha lo scopo di bloccare la sua aritmia e far emergere il suo ritmo sinusale normale.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Allo scopo di evitare qualsiasi percezione di dolore conseguente alla scarica elettrica applicata sul torace, le verrà somministrato un farmaco che induce una breve sedazione (una specie di leggera anestesia). Per tale trattamento può essere necessario il suo consenso scritto su modulo dedicato. La scarica elettrica viene erogata tramite due piastre metalliche o adesive monouso che vengono appoggiate/applicate sul torace. Durante la cardioversione sarà erogata sul torace una brevissima scarica di corrente sincronizzata con l'elettrocardiogramma. Si possono erogare più scariche aumentando l'energia. Questo shock determina l'azzeramento dei vari circuiti anomali e permette il ripristino del regolare ritmo sinusale. Durante la procedura verrà costantemente registrato al monitor l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa ed il livello di ossigeno nel sangue. A causa dell'effetto residuo del farmaco anestetico, ai pazienti viene consigliato di non guidare e di non prendere importanti decisioni per il resto della giornata.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 15/18

RISULTATI La percentuale di ripristino del ritmo sinusale varia dal 75 al 90% in caso di fibrillazione atriale e dal 90 al 100% in caso di flutter atriale. Ciò dipende da diversi fattori fra i quali la durata dell'aritmia (più è recente e maggiori sono le probabilità di ripristinare il ritmo regolare), le dimensioni del cuore, in particolare dell'atrio sinistro (più è ingrandito e minori sono le probabilità di ripristinare e di mantenere stabilmente il ritmo regolare) e le dimensioni del torace. Per le cause sopra descritte è possibile che, nonostante la cardioversione, l'aritmia possa recidivare poco dopo.

LE POSSIBILI COMPLICANZE

Sono possibili disturbi locali legati alla scarica elettrica (dolore toracico, senso di spossatezza) con una frequenza pari a 1-3% dei casi. Rischi insiti nella procedura, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche, si verificano nel 2-3% casi e possono consistere in:

ripristino tardivo del ritmo cardiaco o emergenza di un ritmo cardiaco molto lento, così da dovere ricorrere, in casi eccezionali, ad una stimolazione elettrica cardiaca temporanea per via transvenosa, transtoracica o transesofagea;

partenza di formazioni trombotiche (coaguli) dal cuore che possono finire in qualsiasi distretto del corpo (0,5% casi);

transitorio calo della pressione arteriosa, che può durare alcuni minuti o qualche ora, in genere facilmente correggibile da infusione di liquidi;

edema polmonare (i polmoni si riempiono di liquido causando difficoltà respiratorie), complicanza rara (0,4%);

nella letteratura medica sono stati descritti rarissimi casi di decesso durante la procedura.

 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 16/18

ALLEGATO 6

CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA PROCEDURA DI CARDIOVERSIONE ELETTRICA

Io sottoscritto/a.....

dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso: o l'formativa fornita; o il colloquio con un medico [si] [no]
- che mi è stata data l'opportunità di fare domande e ritengo che le informazioni che precedono e gli eventuali ulteriori chiarimenti richiesti siano stati esaurienti [si] [no]
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima e durante l'intervento [si] [no]

di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto;

di ☐ AUTORIZZARE / ☐ NON AUTORIZZARE l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento, nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate;

di ☐ AUTORIZZARE / ☐ NON AUTORIZZARE l'utilizzo in forma anonima dei miei dati ai fini di ricerca scientifica con modalità retrospettiva, senza che tale utilizzo interferisca con l'usuale pratica clinica;
(Consenso Informato approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale dell'AIAC)

Data.....

Firma del paziente o suo delegato

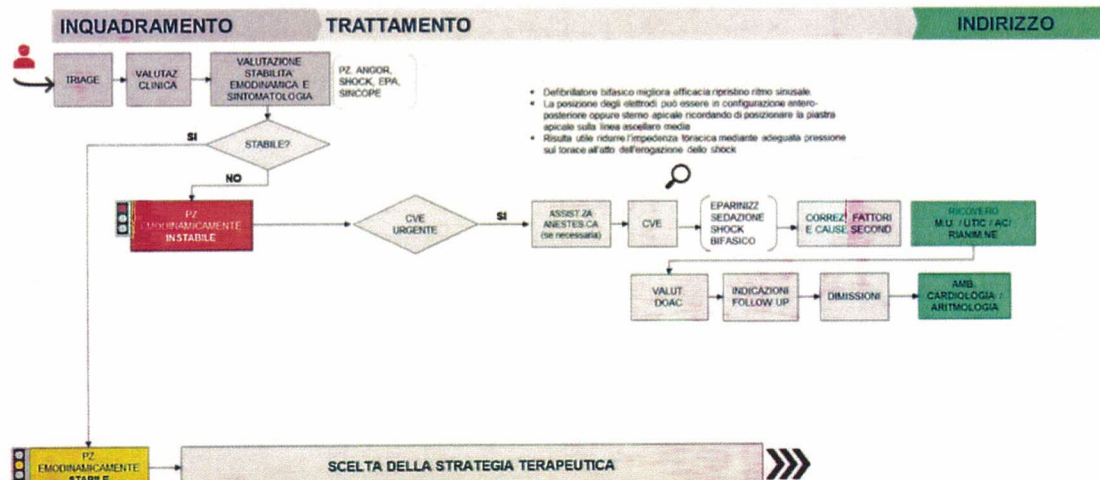
Timbro e Firma del medico.....

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

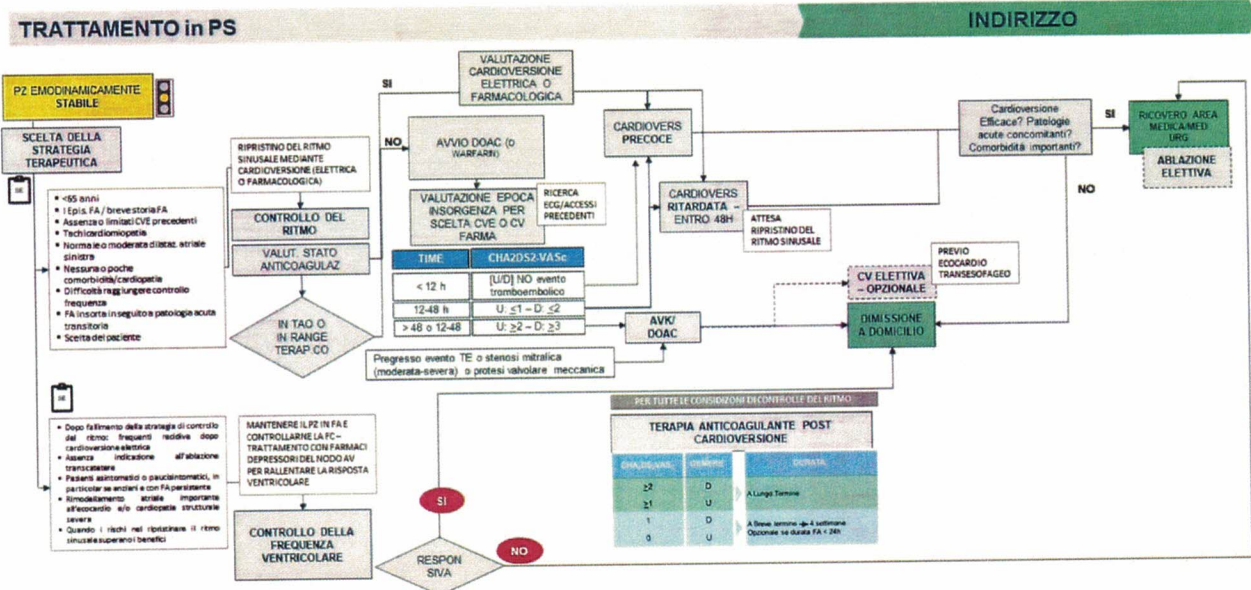
Nome e firma del padre

Nome e firma della madre.....

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

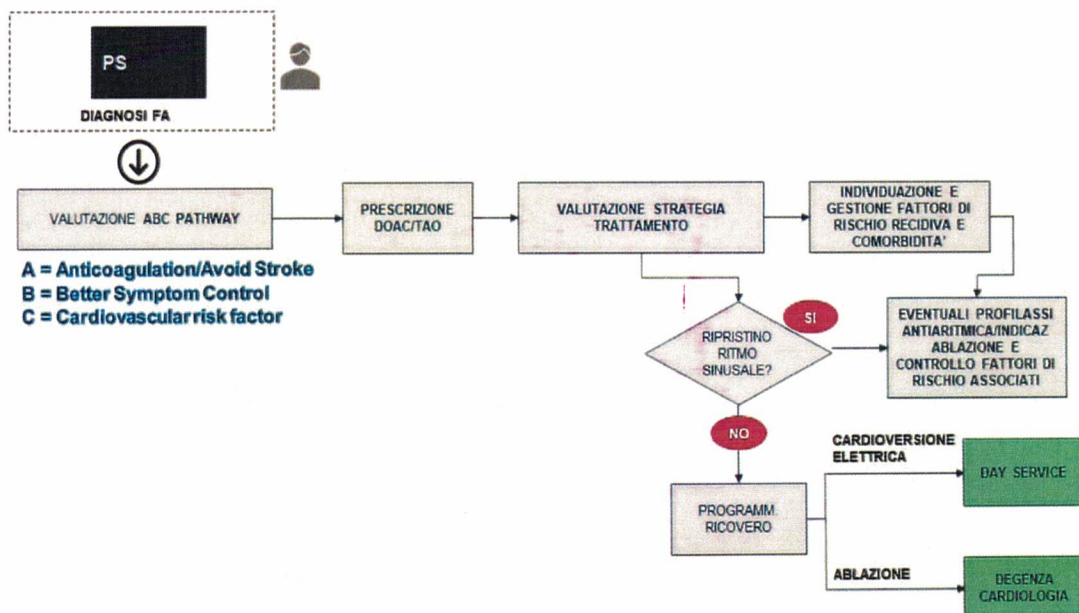


Percorso del paziente emodinamicamente instabile



Percorso del paziente emodinamicamente stabile: da scelta della strategia terapeutica al ricovero in area medica/dimissione dal Pronto Soccorso.

 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-DIOT-05-39	
	GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO		REV. 0.0	Pagina 18/18



Sintesi del percorso del paziente con fibrillazione atriale post-dimissione da Pronto Soccorso