

PROTOCOLLO PER I CRITERI DI AMMISSIONE E DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

| | | | | |
|--------------|------------------------------|--|--|---|
| | Rev. 01/RM Del 22/10/2017 | Approvata da: Comitato Rischio Clinico | Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dr. Giuseppe Drago | Autorizzato alla diffusione da: Commissario Dott. Salvatore Lucio Ficarra |
| Pag. 1 di 10 | | | | |

INDICE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
 - 4.1) Criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in Rianimazione
 - 4.2) Indicazioni al ricovero in Rianimazione
 - 4.3) Potenziale benefico atteso dal trattamento intensivo (Scala di Priorità)
 - 4.4) Principali Tipologie di Ricovero in Rianimazione
 - 4.5) Percorsi organizzativi per le situazioni di urgenza e per le attività programmabili
5. Criteri di dimissione dalla Rianimazione
6. Responsabilità
7. Distribuzione
8. Riferimenti normativi e bibliografici

1) Scopo

Lo scopo del protocollo è di regolamentare l'accesso del paziente al centro di Rianimazione in situazioni di emergenza e in situazioni programmabili al fine di ottenere un'adeguata utilizzazione.

In particolare questo protocollo intende:

- ✓ fornire i criteri generali di ammissione dei pazienti in Rianimazione (scala di priorità),
- ✓ descrivere le principali condizioni cliniche che identificano l'adeguatezza del ricovero in Rianimazione,

2) Campo di applicazione

Il protocollo dovrà essere applicato ogni volta che viene richiesto il ricovero di un paziente presso le U.O.C di Rianimazione degli Ospedali delle Asp di Ragusa in situazioni di urgenza e/o programmate.

3) Destinatari

I destinatari per competenza sono gli operatori della Rianimazione
Per conoscenza, gli operatori delle altre strutture aziendali.

4) Modalità di svolgimento delle attività

4.1) I criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in Rianimazione
Gli unici criteri da utilizzare per decidere l'ammissione e la dimissione del paziente dalla Rianimazione sono quelli dell'appropriatezza clinica e della liceità etica:

- ✓ l'appropriatezza clinica e la curabilità della patologia e la effettiva utilità del trattamento intensivo per quel paziente.

L'appropriatezza clinica all'ammissione e alla dimissione del paziente dalla Rianimazione si fondano sui seguenti elementi:

- ✓ ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo,
- ✓ ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico.

Per quanto possibile in ambito intensivo, l'appropriatezza clinica va sempre valutata alla luce del consenso al trattamento.

4.2) Indicazioni al ricovero in Rianimazione

1. Stato critico attuale per insufficienza di una o più funzioni vitali (trattamento intensivo).
2. Rischio elevato di sviluppare uno stato critico per il sopraggiungere di complicanze gravi e prevedibili (monitoraggio intensivo).

I pazienti che necessitano di trattamento intensivo (per uno stato critico acuto), hanno la priorità sui pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo oltre che sui pazienti in stato critico con una prognosi peggiore.

4.3) Potenziale benefico atteso dal trattamento intensivo(Scala di Priorità)

Il ricovero e la dimissione dalla Rianimazione possono essere guidati da una scala di priorità che classifica i pazienti in base al beneficio atteso dal trattamento intensivo. La scala ha un andamento decrescente dalla priorità 1 (massimo beneficio atteso alla priorità 4 (minimo o nessun beneficio atteso).

Priorità 1: Pazienti in condizioni critiche in atto potenzialmente regredibili con il trattamento e il monitoraggio intensivo non praticabile fuori dalla Rianimazione (es. insufficienza delle funzioni vitali postoperatorie, post-traumatiche o per riacutizzazione di patologie croniche).

Priorità 2: Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo ed eventualmente un potenziale trattamento invasivo immediato in quanto si trovano in condizioni tali da rendere possibile o probabile lo sviluppo di un'insufficienza di un organo o una funzione vitale di grado tale da rappresentare una minaccia per la sopravvivenza (es. patologie croniche riacutizzate per complicanze mediche o chirurgiche).

Priorità 3: Pazienti in condizioni critiche per una patologia acuta in cui si deve definire la risposta al trattamento intensivo ed eventualmente porre limiti terapeutici (es. pazienti molto anziani o con patologie neoplastiche complicate).

Priorità 4: Pazienti per i quali il ricovero in Rianimazione non è appropriato se non in casi individuali.

4.4) Principali Tipologie di Ricovero in Rianimazione

1) Apparato Cardiovascolare

- ✓ Arresto cardiaco
- ✓ Shock cardiogeno con insufficienza respiratoria
- ✓ Infarto miocardico acuto complicato da shock cardiogeno con insufficienza respiratoria
- ✓ Insufficienza cardiaca acuta con insufficienza respiratoria e/o necessita di supporto emodinamico

2) Apparato Respiratorio

- ✓ Insufficienza respiratoria acuta che richiede supporto ventilatorio
- ✓ Embolia polmonare con instabilità emodinamica e compromissione della funzione respiratoria
- ✓ Insufficienza respiratoria con imminente necessita di intubazione

3) Disordini Neurologici

- ✓ Traumi cranici severi (GCS<8)
- ✓ Emorragia subaracnoidea con insufficienza respiratoria
- ✓ Emorragia intracranica con rischio di erniazione
- ✓ Morte cerebrale o pazienti con probabilità di imminente morte cerebrale possibili donatori d'organo
- ✓ Meningiti con stato mentale alterato e compromissione respiratoria
- ✓ Patologie del SNC o neuromuscolari con compromissione respiratoria
- ✓ Stato di male epilettico refrattario a terapia
- ✓ Coma: tossico, metabolico, anossico

4) Intossicazione da Farmaco o ingestione di tossici se:

- ✓ con instabilità emodinamica
- ✓ convulsioni successive alla ingestione con alterazione dello stato mentale che determina
- ✓ insufficiente protezione delle vie aeree

5) Patologie Endocrine

- ✓ Chetoacidosi diabetica complicata da insufficienza respiratoria o severa acidosi
- ✓ Squilibri idro elettrolitici severi con complicazione emodinamica e respiratoria.

6) Assistenza postoperatoria di pazienti che richiedono monitoraggio emodinamico o supporto ventilatori

7) Shock Settico con instabilità emodinamica ed insufficienza respiratoria

8) Politraumatizzati gravi richiedono supporto respiratorio o emodinamico o monitoraggio intensivo

9) Ustionati che richiedono un supporto emodinamico e/o ventilatorio fino al trasferimento presso un centro ustioni

10) Pazienti affetti da danni ambientali: folgorati, assiderati, heat stroke, annegati

11) Patologie del sistema gastrointestinale

- ✓ Sanguinamento gastroenterico in shock emorragico
- ✓ Insufficienza epatica fulminante
- ✓ Pancreatici severe con necrosi pancreatica massiva
- ✓ Perforazione esofagea con o senza mediastinite

4.5) Percorsi organizzativi per le situazioni di urgenza e per le attività programmabili

Accesso urgente

Si intende il ricovero non dilazionabile in Rianimazione di un paziente che richiede un immediato intervento a sostegno di una o più funzioni vitali che risultano compromesse in grado tale da rappresentare un'immediata minaccia per la sopravvivenza. E' disposto dal medico di guardia dell'U.O.C. di Rianimazione su richiesta del medico che ha in carico il paziente.

La U.O.C. di Rianimazione accetta gli accessi urgenti provenienti dalle emergenze sanitarie intraospedaliere, gli accessi dal pronto soccorso e quelli interospedalieri.

La decisione di trasferire o di ricoverare pazienti in Rianimazione deve essere presa sulla base dei criteri precedentemente indicati per evitare ricoveri impropri che causerebbero la sottrazione di risorse che sono riservate a specifiche situazioni cliniche.

Allo stesso modo il sistema di accesso oltre ad essere estremamente rigoroso deve poter offrire al paziente l'immediata disponibilità del ricovero.

La possibilità di un accesso urgente è strettamente legata alla disponibilità di posto letto presso le Rianimazioni e/o di possibilità di procedere al trasferimento dei pazienti trattati e stabilizzati ai reparti o alle strutture di riferimento. In caso di non disponibilità posto letto nelle tre Rianimazioni e di non disponibilità da parte delle UU.OO.CC. ad accogliere eventuali pazienti trasferibili dalle Rianimazioni stesse, si coinvolgerà il Direttore Sanitario per verificare tutte le opzioni possibili per garantire una rapida allocazione del paziente che necessita di un ricovero urgente.

Nella eventualità di più urgenze contemporanee il medico di guardia si adopera per attivare tutti i posti letto di Rianimazione disponibili nell'Azienda Ospedaliera.

Qualora in una delle Rianimazioni ci sia un paziente trasferibile, ma non siano disponibili letti nei reparti di degenza ordinaria il medico di guardia chiede al Direttore Sanitario l'assegnazione di un posto letto di reparto ordinario tra quelli disponibili informandolo della assenza di posti letto in Rianimazione.

Nel caso sia possibile trasferire un paziente stabilizzato a un altro nosocomio il medico di guardia provvederà a richiedere la disponibilità del posto letto e ad organizzare il trasferimento stesso.

Nel caso in cui non ci siano posti letto liberi nelle tre Rianimazioni, su provvedimento del Direttore Sanitario si assisterà il paziente in caso di urgenza chirurgica presso la sala operatoria dove si sta svolgendo l'intervento.

In ogni caso prima di trasferire un paziente in altro ospedale il medico di guardia informa la famiglia della necessità del trasferimento per la carenza di posti letto.

Accesso programmato

Si intende l'accesso nel reparto di Rianimazione di pazienti già degenti presso altre U.O. dell'Azienda Ospedaliera e di cui si prevede la necessità di assistenza intensiva dopo procedure invasive programmabili che richiedono un monitoraggio intensivo delle funzioni vitali o che espongono il paziente a rischio elevato di sviluppare uno stato critico.

L'accesso programmato è disposto comunque previa consulenza dall'anestesista rianimatore ma subordinato alla disponibilità di posti letto. La consulenza urgente può essere eseguita dal medico di guardia della rianimazione o da altro anestesista rianimatore dell'Azienda.

È compito del medico rianimatore accertarsi della congruità della richiesta al fine di:

a) evitare ricoveri impropri;

b) evitare che venga compromessa la recettività per i settori di competenza.

Il medico dell'U.O.C. che ha la responsabilità della cura dei pazienti degenti presso la Rianimazione si adopera per trasferire i pazienti stabilizzati e quelli che non hanno più bisogno di cure intensive per rendere disponibili il maggior numero di letti per far fronte alle richieste di ricovero in urgenza/emergenza

Ricoveri programmati post-operatori:

Il medico anestesista, il mattino del giorno fissato per l'intervento chirurgico, si informerà della disponibilità del posto letto in Rianimazione prima di procedere alla chiamata del paziente in sala Operatoria. Una volta iniziato l'intervento chirurgico il letto andrà considerato occupato

Nel caso in cui si dovesse sospendere l'intervento chirurgico, l'anestesista si adopererà per rendere disponibile il posto letto nel più breve tempo possibile.

Qualora non sussistano più i presupposti per il ricovero (paziente che non necessita più di un trattamento / monitoraggio intensivo per il miglioramento del quadro clinico o stabilizzazione delle funzioni vitali) il medico anestesista provvede a richiedere il trasferimento del paziente al reparto di competenza.

In caso di mancanza di disponibilità di posto letto nel reparto di accoglienza o disaccordo sulla competenza (es. paziente post-chirurgico che diventa "internistico"), il medico della Rianimazione informa tempestivamente la Direzione Sanitaria della problematica segnalando l'inappropriatezza del ricovero.

5) Criteri di dimissione dalla Rianimazione

Si considera dimissibile il paziente dalla terapia intensiva quando le condizioni fisiologiche del paziente non ricadono più nei criteri di ammissione, non necessitando di monitoraggio o trattamento intensivo.

6) Responsabilità

Medico che ha in cura il paziente

Medico Rianimatore

7) Distribuzione

Il protocollo viene distribuito per competenza a tutto il personale medico e infermieristico di Rianimazione, e U.O dell'Azienda Ospedaliera

Per conoscenza e reso disponibile a tutte le altre strutture mediante pubblicazione su Intranet.

8) Riferimenti normativi e bibliografici

- A. Raccomandazioni S.I.A.A.R.T.I. per l'ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva. Min Anestesiologica vol. 69. n°3:111-118, 2003
- B. Task Force of the American College of Critical Care medicine, Society of Critical Care Medicine.
- C. Guidelines for intensive care admission, discharge, and triage. Crit. Care Med., 1999;27 (3):633-638.
- D. Raccomandazioni per il trasporto inter ed intra ospedaliero del paziente critico Min. Anestesiologica Vol. 72, N. 10 2006
- E. Ministero, della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione - Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III. Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"

CRITERI DI DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

La dimissione/trasferimento del paziente sarà basata sui seguenti criteri:

- Stabilità dei parametri emodinamici;
- Stato respiratorio stabile (paziente estubato con emogasanalisi arteriosa stabile);
- Minime richieste di ossigeno che non eccedano le linee guida di cura dei normali reparti di degenza;
- Non necessità di supporto inotropo endovenoso, vasodilatatori e farmaci antiaritmici, per le alterazioni emodinamiche; quando prescritte, basse dosi di questi farmaci possono essere somministrati con sicurezza nei pazienti stabili in altre circostanze in una designata unità di cura non intensiva;
- Le aritmie cardiache sono controllate;
- Stabilità neurologica con controllo delle crisi convulsive;
- Rimozione di tutti i cateteri per il monitoraggio emodinamico;
- I pazienti ventilati meccanicamente in modo cronico di cui la malattia critica è regredita o risolta e sono per il resto stabili, possono essere trasferiti in unità di cura non intensiva che routinariamente trattano i pazienti ventilati cronicamente, quando è indicato, o a casa;
- Emodialisi o dialisi peritoneale di routine con risoluzione della malattia critica;
- Pazienti tracheostomizzati che non necessitano di assistenza intensivistica;
- Paziente estubato con stabilità emodinamica, respiratoria e metabolica.

**PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA
PREOPERATORIA DEL PAZIENTE CANDIDATO A
INTERVENTO CHIRURGICO ELETTIVO, URGENTE O
SEDAZIONE**

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| Rev. 01/RM Del 24/10/2017 | Approvata da: Comitato Rischio Clinico | Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dr. Giuseppe Drago | Autorizzato alla diffusione da: Commissario Dott. Salvatore Lucio Ficarra |
| Pag. 1 di 10 | | | |

INDICE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
 - 4.1) Visita anestesiologicala preoperatoria
 - 4.2) Visita anestesiologicala
 - 4.3) Consenso informato all'anestesia
 - 4.4) Fase postoperatoria
 - 4.5) Procedura in Sala di Risveglio
 - 4.6) Modalità trasferimento nel reparto di provenienza
5. Responsabilità
6. Distribuzione del protocollo
7. Scheda Infermieristica (allegato alla procedura)
8. Riferimenti normativi e bibliografici

1) Scopo

Il protocollo ha come scopo la valutazione preanestesiologica del paziente (adulto e bambino) da sottoporre ad intervento chirurgico elettivo, urgente o emergente.

2) Campo di applicazione

Il protocollo si applica all'attività ambulatoriale di valutazione preanestesiologica del paziente (adulto e bambino) da sottoporre ad intervento chirurgico elettivo, urgente o a procedure di **sedazione o narcosi in respiro spontaneo**, al di fuori della sala operatoria, (ENDOSCOPIA, TAC, RMN)

3) Destinatari

La procedura sarà utilizzata per competenza:

- dagli Anestesisti Rianimatori

La procedura è destinata anche:

- al personale Medico delle UU.OO. di degenza

- al personale Infermieristico delle UU.OO. di degenza

4) Modalità di svolgimento dell'attività

La valutazione preanestesiologica del paziente fornisce le basi per formulare il piano anestesilogico e per programmare l'analgia postoperatoria.

La valutazione preanestesiologica fornisce infatti le informazioni necessarie per:

1. selezionare il tipo di anestesia e pianificare la conduzione anestesilogica;
2. somministrare in sicurezza il trattamento anestetico appropriato;
3. interpretare i risultati del monitoraggio del paziente.

Poiché la valutazione preanestesiologica può essere svolta qualche tempo prima del ricovero ospedaliero o della procedura chirurgica, il paziente viene rivalutato immediatamente prima dell'induzione dell'anestesia.

Il processo di pianificazione dell'anestesia prevede che:

1. per ciascun paziente venga effettuata una valutazione preanestesiologica;
2. il paziente venga rivalutato immediatamente prima dell'induzione dell'anestesia;
3. le due valutazioni siano documentate in cartella clinica.

Tale processo prevede anche l'educazione del paziente, dei suoi familiari o di chi ne fa le veci sui rischi, i benefici e le alternative associate al tipo di anestesia proposta e all'analgesia postoperatoria. Il colloquio avviene nell'ambito del processo per l'acquisizione del consenso all'anestesia o alla narcosi in respiro spontaneo, moderata e profonda. L'anestesista provvede ad informare il paziente.

4.1) Visita anestesiologicala preoperatoria

Il paziente candidato ad intervento chirurgico deve essere valutato presso l'ambulatorio Anestesiologicalo con un **congruo** anticipo rispetto alla data dell'intervento stesso, al fine di consentire uno studio completo ed un'adeguata preparazione preoperatoria. Il reparto di afferenza del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico prenoterà la visita anestesiologicala. I pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico urgente eseguiranno la visita anestesiologicala subito prima dell'esecuzione dell'intervento chirurgico, previa richiesta di consulenza anestesiologicala da parte del chirurgo. In caso di intervento emergente si valuterà caso per caso, in tali condizioni spesso non vi è il tempo materiale di eseguire una valutazione preoperatoria approfondita.

Condizione imprescindibile per effettuare la visita anestesiologicala preoperatoria è la disponibilità della **richiesta di consulenza anestesiologicala**, compilata e firmata dal chirurgo in tutte le sue parti, di cui le principali sono:

- indicazione all'intervento chirurgico;
- tipo di intervento chirurgico previsto (interventi chirurgici differenti, anche se per una stessa patologia chirurgica, possono comportare una differente preparazione preoperatoria);
- **caratteristiche di dilazionabilità dell'intervento stesso** (*elezione urgenza, urgenza differibile, emergenza*). Nel caso di urgenza differibile è opportuno che il chirurgo specifichi la tempistica massima entro cui eseguire l'intervento;
- **data** (la mancanza della data di compilazione della richiesta, non consente di calcolare il tempo disponibile in base alla priorità dell'intervento segnalata);
- **se tali informazioni sono incomplete** o la richiesta non è presente in cartella, **l'idoneità all'intervento non può essere concessa**, ed il chirurgo coinvolto è responsabile del conseguente ritardo nella preparazione del paziente.

Sulla scorta dell'anamnesi, dell'esame obiettivo, della documentazione in possesso del paziente e delle indagini preoperatorie previste dalla procedura, il paziente viene dichiarato idoneo all'anestesia oppure viene individuata la

necessità di ulteriori indagini, di consulenze specialistiche o di terapie preoperatorie. In questi ultimi casi si rende indispensabile una seconda valutazione, in genere della sola cartella clinica, per formulare la valutazione anestesiológica conclusiva. In altri casi si rende invece necessaria anche la rivalutazione del paziente, che sarà convocato presso l'ambulatorio anestesiológico una seconda volta.

Durante la visita l'Anestesista rivolgerà anche la sua attenzione a:

- individuare quelle tecniche di monitoraggio perioperatorio che, per la loro peculiarità o disponibilità dell'apparecchiatura, richiedono una programmazione preventiva.
- prevedere e programmare l'assistenza postoperatoria in Rianimazione.

Idealmente tutte le visite anestesiológicas preoperatorie dovrebbero svolgersi nell'ambulatorio Anestesiológico con le caratteristiche sopradescritte, ma questo non è sempre possibile in quanto alcuni pazienti non possono afferirvi perché ad esempio ricoverati con procedura d'urgenza, o perché allettati. In questi casi la visita sarà eseguita nei reparti di degenza. **Non sono giustificate invece le visite anestesiológicas preoperatorie in reparto su pazienti ricoverati per indagini diagnostiche, a cui segue l'indicazione all'intervento chirurgico di elezione.** In questi casi il paziente può essere dimesso senza visita anestesiológica con l'appuntamento per una visita anestesiológica preoperatoria nell'ambulatorio dedicato.

4.2) Visita anestesiológica

Il paziente che giunge alla visita anestesiológica preoperatoria verrà sottoposto ad un attento esame clinico, effettuato secondo lo schema della cartella anestesiológica di valutazione preoperatoria, mirato ad ottenere informazioni anamnestiche riguardo a patologie pregresse e/o attuali, precedenti anestesie ed interventi chirurgici e verrà inoltre eseguita la valutazione delle vie aeree per l'identificazione di possibili difficoltà nell'intubazione oro tracheale.

Gli eventuali esami ematochimici e/o strumentali e le consulenze specialistiche verranno richiesti facendo riferimento alle linee guida SIAARTI.

I pazienti verranno così inquadrati secondo il grado ASA (American Society of Anesthesiologists), una semplice scala che descrive lo stato in cui il paziente arriva all'anestesia e secondo il grado di chirurgia a cui dovrà essere sottoposto.

I pazienti da sottoporre ad interventi ambulatoriali (es: cataratta etc...) verranno sottoposti a valutazione anestesiológica preoperatoria solo se ASA > 2 alla valutazione del chirurgo.

Durante la visita anestesiologicala sarà data informazione al paziente circa i rischi correlati all'esecuzione dell'anestesia e istruzioni circa il digiuno preoperatorio da seguire.

Le modalità che riguardano l'assunzione di cibi solidi o liquidi rivestono una grande importanza. L'inalazione nelle vie aeree di materiale gastrico è una delle più gravi complicanze della sedazione farmacologica e in questo settore può essere favorita dalla particolare posizione della testa che è posta in posizione assiale con una lieve iperestensione.

La complicanza inalazione riguarda i bambini in sedazione profonda o anestesia generale e tutti coloro nei quali vi è una diminuzione dei riflessi di protezione delle vie aeree.

I pazienti noti per rischio di aspirazione del contenuto gastrico (ad esempio quelli con storia di reflusso gastro-esofageo, obesità grave, storia di discinesie gastriche) dovrebbero essere trattati con appropriata terapia farmacologica per ridurre il contenuto gastrico e aumentare il pH gastrico. Le indicazioni sul periodo di digiuno da osservare prima della sedazione devono essere fornite al paziente, ai genitori o ai responsabili legali del bambino o del paziente non in grado di intendere e di volere. Quanto concordato verrà documentato nella cartella di valutazione anestesiologicala preoperatoria

| CIBI SOLIDI E LIQUIDI NON CHIARI | LIQUIDI CHIARI |
|---|-----------------------|
| ADULTI 6-8 ore | 2-3 ore |
| BAMBINI < 3 anni 6-8 ore | 2-3 ore |
| BAMBINI 3-6 anni 6 ore | 2-3 ore |
| BAMBINI > 6anni 4 ore | 2 - ore |

Pazienti in trattamento con farmaci:

è opportuno che assumano la loro terapia per os con un bicchiere d'acqua anche la mattina stessa dell'intervento chirurgico, due ore prima del loro trasferimento in sala operatoria (fatta eccezione per farmaci anticoagulanti, psichiatrici e antidiabetici: contattare lo specialista per una valutazione in accordo con l'anestesista).

Per quanto riguarda la valutazione anestesiologicala per la sedazione al di fuori della sala operatoria (NORA: Non Operating Room Anesthesia) si rimanda alle linee guida SIAARTI11.

4.3) Consenso informato all'anestesia

La stratificazione del rischio operatorio, che segue alla valutazione anestesiologicala conclusiva è il presupposto per acquisire il **consenso informato**

all'anestesia. In tale circostanza saranno presentati al paziente i rischi derivanti dal trattamento anestesilogico sulla scorta delle sue condizioni cliniche e del trattamento chirurgico previsto, rischi che saranno bilanciati poi con i benefici derivanti dall'atto chirurgico stesso. Il consenso informato deve essere acquisito nei giorni che precedono l'intervento chirurgico presso l'ambulatorio anestesilogico una volta formulata la valutazione anestesilogica conclusiva.

Non è possibile acquisire il consenso informato:

1. **quando non è specificato dal chirurgo il tipo di intervento** a cui il paziente sarà sottoposto;
2. **quando la valutazione anestesilogica non è conclusiva**, in quanto necessita di ulteriori indagini e/o di consulenze specialistiche;
3. **la mattina dell'intervento chirurgico**, sia nel reparto di degenza che in sala operatoria ad esclusione degli interventi da eseguire in regime di urgenza/emergenza;
4. **quando il paziente è sotto l'effetto di farmaci sedativi;**
5. **quando il paziente non è in grado di intendere e di volere.**

4.4) Fase postoperatoria

Nelle prime ore successive ad un intervento diagnostico e/o terapeutico condotto in anestesia generale, loco regionale e/o sedazione, il paziente può presentare un certo grado di compromissione residua delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria e neuropsichica. E' quindi raccomandabile una sorveglianza idonea e temporanea da parte di personale medico ed infermieristico specializzato in un'area che può essere la stessa sala operatoria oppure un ambiente idoneo attiguo alla sala operatoria.

A fine intervento, il paziente viene trasportato nella sala di risveglio da un membro dello staff di sala operatoria che è a conoscenza delle condizioni cliniche del paziente stesso.

4.5) Procedura in Sala di Risveglio

L'osservazione temporanea del paziente consta di un monitoraggio clinico e, ove le condizioni del paziente lo richiedano, di uno strumentale:

Monitoraggi clinici

- ⊙ Respiratori (ossigenazione, frequenza respiratoria, ampiezza e simmetria delle escursioni toraciche)
- ⊙ Cardiocircolatori (frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistemica)
- ⊙ Neurologici (stato di coscienza, riflessi di protezione delle vie aeree quali tosse e deglutizione, orientamento temporo-spaziale, esecuzione di ordini semplici)

- ⊙ Neuromuscolari (stringere la mano, alzare la testa e muovere gli arti)
- ⊙ Colorito cute e temperatura corporea
- ⊙ Diuresi (in presenza di catetere vescicale)
- ⊙ Analgesia
- ⊙ Controllo di eventuali drenaggi
- ⊙ Controllo emogasanalitico, ove necessario
- ⊙ Sorveglianza di accessi vascolari ed eventuale cambio di medicazione

Monitoraggi strumentali e modalità di trasferimento nel reparto di provenienza

- ⊙ Pulsossimetria
- ⊙ Elettrocardiogramma (ECG) (a 3 o 5 derivazioni)
- ⊙ Monitoraggio della pressione arteriosa incruenta o cruenta laddove vi sia un catetere arterioso già posto in sede
- ⊙ Altri monitoraggi emodinamici se le condizioni del paziente lo richiedono
- ⊙ Impiego di devices (attivi e passivi) per garantire la normotermia.

Il paz non dovrebbe mai essere dimesso dalla sala di risveglio finchè non abbia raggiunto lo stato di normotermia o se sono presenti segni di ipotermia.

Un appropriato report infermieristico verrà redatto durante tutto il tempo di osservazione.

Il paziente deve essere sorvegliato fino a quando non abbia recuperato i riflessi di protezione delle vie aeree, l'orientamento temporo-spaziale e non si sia realizzata una soddisfacente stabilizzazione dei parametri vitali.

La dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista dopo aver verificato le predette condizioni.

Le informazioni cliniche e strumentali relative al paziente durante la fase di risveglio (condizioni preoperatorie, il decorso anestesilogico/chirurgico e le condizioni post-operatorie al momento del trasferimento al reparto di degenza), le eventuali prescrizioni, l'ora delle dimissioni ed il nome del sanitario che ha prestato l'assistenza e ne ha deciso il trasferimento devono essere annotate sulla cartella di anestesia o, laddove attivata, sulla scheda di sala risveglio.

5) Responsabilità

| Figure responsabili Attività | Medico che ha in carico il paziente | Anestesista Rianimatore | Infermiere di SALA addetto all'Anestesia |
|---|---|----------------------------|--|
| Richiesta Valutazione preoperatoria | R | C | I |
| Valutazione preoperatoria | C | R | I |
| Acquisizione consenso informato all'anestesia | I | R | I |
| Esecuzione consulenze/esami aggiuntivi richiesti | R | C | I |
| Valutazione in preoperatorio per allergie/intolleranze antibiotici e farmaci vari | R | C | I |

Legenda delle relazioni:

R = Responsabilità generale dell'espletamento della fase

C = Collaborazione alla realizzazione della fase

I = Informazione

6) Distribuzione del protocollo

Il protocollo viene distribuito attraverso INTRANET in modo da essere disponibile per tutti e in qualsiasi momento. Sarà inoltre distribuita via e-mail e in forma cartacea ai Direttori di Struttura Complessa dell'ASP 7 Ragusa

7) Riferimenti normativi e bibliografici

Oltre alla normativa vigente, si richiamano in particolare:

1. Royal College of Radiologists. Making the best use of a department of clinical radiology 1998. London, Royal College of Radiologists
2. American Society of Anesthesiologists. Statement on routine preoperative laboratory and diagnostic screening. <http://www.asahq.org/Standards/28.html> 1993. American Society of Anesthesiologists. 1-3-2002.
3. American Society of Anesthesiologists. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002;96(2), 485-96
4. NHS Executive. Clinical guidelines using clinical guidelines to improve patient care within the NHS. 1996. London, NHS Executive
5. Department of Health. Good practice in Consent implementation guide: consent to examination or treatment. 2002
6. E Calderini, E Adrario, F Petrini, I Salvo, M Solca, L Bonomo, A Vanzulli, O Davini, G Pedicelli. Indication to Chest radiograph in preoperative adult assessment: recommendation of the SIAARTI-SIRM commission. *Minerva Anestesiologica* 2004; 70: 443 - 51
7. LA Fleicher et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. *Circulation* 2007; 116: 1971 - 1996
8. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica in previsione di procedure diagnostiche - terapeutiche in elezione. *Minerva Anestesiologica* 1998; 64(6): XVIII - XXVI: 18 - 86
9. SIAARTI guidelines for safety in locoregional anesthesia. *Minerva anestesiológica* 2006; 72: 689-722
10. Practice guideline for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting. *Anesthesiology* 1999; 90: 896-905.