

**Requisiti specifici per l'accreditamento  
delle Strutture Cardiochirurgiche**

## Premessa

Oltre ai requisiti generali previsti dalla normativa vigente le strutture cardiocirurgiche devono soddisfare i requisiti di seguito identificati.

## Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

### A) REQUISITI STRUTTURALI

	Tipologia della struttura		
	A	B	C
Sale operatorie	2	2	3
Letti Degenza Ordinaria	14	22	34
Letti Terapia Intensiva	4	8	10

per i parametri di adeguamento a livelli di attività intermedia vedi di seguito.

### B) REQUISITI TECNOLOGICI

- Dotazione minima di attrezzatura a disposizione della U.O. Cardiocirurgica
- Dotazione minima di attrezzature in sala operatoria
- Dotazione minima di attrezzature in degenza ordinaria
- Dotazione minima di attrezzature in terapia intensiva

#### Dotazione minima di attrezzatura a disposizione della unità operativa Cardiocirurgica

Emogas-analizzatore con dosaggio elettroliti	1+1
Apparecchio ematocrito-centrifuga	1+1
Contropulsatore	1+1
Emoteca	1
Apparecchio radiologico portatile	1
Fibroscopio flessibile	1+1
Apparecchio dialisi extracorporea	1
Dializzatore per emofiltrazione	1
Monitor da trasporto	1
Lampada scialitica portatile	1

	Tipologia della struttura		
	A	B	C
Apparecchi per fisioterapia respiratoria	3	4	5

Pompe da infusione farmaci e/o peristaltiche	24	30	40
Apparecchiatura per la determinazione del tempo di coagulazione attivato	2	2	3

Defibrillatori e carrelli emergenza: si ritiene indispensabile un defibrillatore nelle singole sale operatorie. La presenza di un defibrillatore con carrello emergenza è prevista inoltre sia in Rianimazione che in Terapia Intensiva.

In totale:

Struttura di tipo A e B                      4 defibrillatori + 2 carrelli di emergenza

Struttura di tipo C                            5 defibrillatori + 2 carrelli di emergenza

### **Dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiocirurgia in Sala Operatoria**

SALA OPERATORIA	Tipologia della struttura		
	A	B	C
	numero		
Pompe CEC	2	2	3
Monitoraggio: - ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto st - misuratore di pressione arteriosa cruenta - misuratore di temperatura	2	2	3
ecg			
Scambiatori di calore	2	2	3
Pompa centrifuga	1	1	2
Bisturi elettrici	2 + 1	2 + 1	3 + 1
Respiratori automatici	2	2 + 1	3 + 1
Recupero sangue	2	2	3
Pace-Maker temporaneo (+ 1 disponibile)	2	2	3
Carrello anestesia	2	2	3
Lampade frontali (1 disponibile nella struttura)	1	1	1
Scaldasangue (1 disponibile)	1	1	1
Macchine per ghiaccio	1	1	1

**Dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiocirurgia in Degenza Ordinaria**

DEGENZA ORDINARIA	Tipologia della struttura		
	A	B	C
	numero		
Letti monitorizzati con ECG in % del numero totale di posti letto	6 - 7 (50%)	11 - 12 (50%)	16 - 17 (50%)
Monitoraggio completo non invasivo in % dei letti monitorizzati con ECG	3 - 4 (50%)	5 - 6 (50%)	8-9 (50%)
Eco-color Doppler con sonda transesofagea	1 presente nella struttura		
Elettrocardiografo	1 presente nella struttura, più 1 disponibile		
Aspiratore secrezioni	1	1	1
Materassi antidecubito	secondo necessità		

I letti monitorati richiedono la presenza di una Centralina.

**Dotazione minima di attrezzature a disposizione della Unità Operativa di Cardiocirurgia in Terapia Intensiva**

TERAPIA INTENSIVA	Tipologia della struttura		
	A	B	C
	numero		
Monitor	1 per posto letto		
Respiratori automatici	1 per posto letto + 2 disponibili		
Elettrocardiografo + 1 disponibile	1	1	1
Pompe enterali	1 per pl + 1 disponibile	1 per pl + 1 disponibile	1 per pl + 1 disponibile
Pace-Maker temporanei più bicamerale	1 per pl + 1 disponibile	1 per pl + 1 disponibile	1 per pl + 1 disponibile
Set riapertura	1	1	1
Scaldasangue	2	2	2
Materassi antidecubito	3	5	6
Pompe da infusione	2 per pl	2 per pl	2 per pl
Attrezzatura per il trasporto su barella del paziente critico comprendente monitor /defibrillatore con ecg, NIBP, saturimetro, bombola di ossigeno, respiratore portatile	1	1	1

## C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

### Accesso, dimissione e follow up dei pazienti

L'accesso del paziente alla Struttura Cardiochirurgica deve avvenire secondo le procedure previste nel paragrafo "Qualificazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali".

Al termine della degenza ordinaria, orientativamente 7-10 giorni, il Centro Cardiochirurgico concorda con il Cardiologo Referente quanto necessario in termini organizzativi e assistenziali tenendo conto delle esigenze e delle volontà dell'utente.

Ogni struttura si impegna ad accettare pazienti nei casi di emergenza.

Il paziente in emergenza Cardiochirurgica viene trasferito al Centro Cardiochirurgico dal Reparto o dalla Divisione di Cardiologia che ha provveduto allo screening diagnostico e alla definizione delle indicazioni all'intervento.

I Centri di Cardiochirurgia assicurano l'accoglienza del paziente in emergenza\* in tutto l'arco dell'anno; qualora dovessero verificarsi evenienze eccezionali ogni Centro provvederà a reperire un altro Centro in grado di eseguire l'intervento.

Ogni paziente in emergenza dovrà essere accompagnato dalla documentazione necessaria indicata nei requisiti per la qualificazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

Anche nel caso dei ricoveri in emergenza la Cardiologia che ha inviato il paziente, trascorso il periodo di emergenza, se ne farà carico provvedendo a quanto necessario in termini organizzativi e assistenziali.

N.B.:

Si definisce di emergenza un intervento da effettuarsi entro 24 ore dal ricovero presso un Centro Cardiochirurgico.

Si definisce urgente un intervento da eseguirsi entro 5-7 giorni senza interruzione del ricovero.

Gli interventi resi in regime di emergenza saranno oggetto di un monitoraggio che si realizzerà attraverso la compilazione e la trasmissione della tabella di cui al paragrafo "Valutazione" e un audit annuale le cui modalità organizzative sono da definirsi.

La chiusura, anche temporanea, della attività di ogni Centro Cardiochirurgico per qualsivoglia motivo dovrà essere portata anticipatamente a conoscenza dell'Assessorato alla Sanità che si farà carico di rilevare eventuali inapproprietezze delle proposte e assumerà le decisioni pertinenti.

Il follow-up dei pazienti deve comprendere un periodo di 6 mesi dalla data dell'intervento. Esso può essere eseguito anche dalla Cardiologia di riferimento del paziente; è tuttavia necessario che il Centro dove è stato effettuato l'intervento rimanga informato del decorso clinico e delle condizioni generali del paziente almeno per il periodo citato.

Mediante il follow up vengono valutati:

gli **esiti a breve** (entro 30 giorni dall'atto operatorio: mortalità, morbilità, soddisfazione del paziente);

gli **esiti intermedi** (entro sei mesi dall'atto operatorio: mortalità, morbilità, valutazione della funzionalità cardiovascolare, valutazione della qualità della vita, soddisfazione del paziente).

---

\* secondo il riferimento territoriale previsto dalla RER

I pazienti devono essere classificati utilizzando indici di rischio operatorio secondo metodi concordati nell'ambito dei percorsi di audit regionali.

### Tipologia del centro in funzione dei volumi di attività

<b>A</b>	fino a 450 interventi in CEC/anno
<b>B</b>	da 450 a 800 interventi in CEC/anno
<b>C</b>	da 800 a 1200 interventi in CEC/anno

### Requisiti minimi di attività

Ogni struttura non potrà fare meno di 300 interventi l'anno in CEC e che dovrà essere dotata di strutture adeguate in relazione ai carichi di lavoro che sono stati ipotizzati per tre differenti tipologie descritte nella tabella seguente.

### Dotazione minima di personale

#### a) Personale medico - livelli minimi

La dotazione minima, tempo pieno equivalente, di operatori laureati che in maniera coordinata dovranno farsi carico dell'Unità Cardiocirurgica è stata definita specificatamente per quanto riguarda i chirurghi, gli anestesisti e il numero totale di operatori, lasciando alle singole strutture una certa autonomia nella definizione delle professionalità scelte per completare l'organico.

Questa scelta, oltre che condivisibile, si è resa indispensabile alla luce della necessità di dover definire livelli minimi di strutture completamente differenti per compiti istituzionali, finalità e organizzazione.

L'attività medica deve essere coordinata e il Responsabile organizzativo della struttura deve acquisire competenze di tipo manageriale.

Deve essere attivato con gli specialisti componenti l'équipe cardiocirurgica almeno uno dei seguenti rapporti di lavoro:

- rapporto di dipendenza;
- rapporto libero professionale coordinato e continuativo;
- associazione libero professionale i cui membri costituiscano un'équipe di fatto.

I requisiti minimi di personale laureato sono illustrati nella tabella che segue:

	Tipologia della struttura		
	A	B	C
cardiochirurghi	3	5	7
anestesisti	2	4	5/6
altri laureati (Cardiochirurghi, anestesisti cardiologi) a completamento dell'équipe	5	6	8

Per essere parte dello Staff Residente ogni Cardiocirurgo deve poter dimostrare di avere effettuato in veste di primo o secondo operatore almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni;

Per essere adeguato lo Staff Residente deve garantire che almeno il 30% dei Cardiocirurghi possieda una casistica personale come primo operatore, di almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni.

Altre figure professionali, la cui presenza è definita obbligatoria, quindi in servizio presso la struttura (Ospedale o Casa di cura), sono: Cardiologo, Terapista della riabilitazione (VI livello).

Per quanto riguarda le figure del Nefrologo, Angiologo, Neurologo, Pneumologo, Fisiatra, qualora non siano già in organico alla struttura, è previsto che questa se ne possa avvalere attraverso l'istituto della convenzione con Strutture esterne.

Queste collaborazioni debbono essere codificate anticipatamente sia per quanto riguarda le persone che la struttura presso cui questa opera.

#### **b) Personale non medico - livelli minimi**

La dotazione minima di personale non laureato, tempo pieno equivalente, è illustrata nella tabella che segue:

	Tipologia della struttura		
	A	B	C
Caposala	3	3	3
Infermieri professionali	29	43	59
Tecnici perfusionisti	2	3	4
Ausiliari	6	7	12

NB: Nella struttura deve essere presente 1 tecnico manutentore.

Il numero di operatori indicati rappresenta quello minimo per una struttura che opera a regime secondo i volumi di attività (numero di interventi) previsti con la suddivisione nelle tre tipologie A-B-C.

Si ritiene che, per quanto riguarda il personale infermieristico, ad esclusione delle Caposala, i 2/3 debbano essere rappresentati da operatori dipendenti della struttura, mentre 1/3 possa essere in servizio con contratti differenti.

Per quanto riguarda i tecnici perfusionisti, il loro rapporto di lavoro può essere di dipendenza o libero professionale coordinato e continuativo, mentre per quanto riguarda il personale ausiliario, questo può essere di "appartenenza" ad imprese esterne o in servizio con contratti di appalto.

La dotazione di personale minima a svolgere qualsiasi livello di attività inferiore a 450 interventi è di 29 infermieri professionali.

La dotazione di personale richiesta è quella prevista per i livelli massimi dello scaglione di attività (es. 800 interventi per lo scaglione B).

Deve comunque esservi la possibilità di verifica della presenza, non limitatamente alla struttura (es. casa di cura) ma nella U.O. di Cardiocirurgia, del personale sufficiente in relazione ai carichi di lavoro:

#### terapia intensiva

- presenza minima di due unità infermieristiche per l'intero arco delle 24 ore
- rapporto presenza infermieri/pazienti nelle 24 ore: non inferiore a 1:2

#### sala operatoria

- durante le fasce orarie di attività chirurgica presenza minima di tre unità infermieristiche

#### degenza ordinaria/postintensiva

- presenza minima di due unità infermieristiche per l'intero arco delle 24 ore

Il personale tecnico perfusionista per il livello di attività massimo dello scaglione B deve essere di 3 unità.

#### **Adeguamento del personale, delle strutture e delle attrezzature in relazione a volumi di attività intermedi**

Per livelli di attività intermedi, ma comunque superiori a 450 casi, l'incremento della dotazione di personale laureato e non, dei letti di terapia intensiva e di degenza viene così calcolata:

**fino a 800 CEC/anno:**

- 1 cardiocirurgo ogni 200 CEC
- 1 anestesista ogni 200 CEC
- 1 altro personale laureato ogni 400 CEC
- 4 infermieri professionali ogni 100 CEC
- 1 letto UTI ogni 100 CEC
- 3 letti di degenza ogni 100 CEC

**oltre 800 CEC/anno:**

- 1 cardiocirurgo ogni 200 CEC
- 1 anestesista ogni 250 CEC
- 1 altro personale laureato ogni 200 CEC
- 6 infermieri professionali ogni 120 CEC
- 1 letto UTI ogni 120 CEC
- 4 letti di degenza ogni 120 CEC
- 1 sala operatoria dedicata ogni 400 CEC

Non viene indicata l'entità dell'adeguamento degli standard di dotazione di attrezzatura. Ferma restando la dotazione minima indicata, si ritiene che ogni Centro aumenterà la propria dotazione sulla base dell'aumentata attività e dei protocolli clinico/assistenziali adottati.

## Acquisizione servizi

### **Laboratorio di Analisi chimico-cliniche e Microbiologiche**

- **Laboratorio di Analisi chimico-cliniche**

Devono essere concordati con il laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Per le richieste nelle giornate festive devono essere codificate le modalità di prelievo e di conservazione dei campioni, nel caso questi non possano essere subito inviati in laboratori.

Deve essere garantita la possibilità di esecuzione dei seguenti esami:

CPK, CPK-MB, Assetto lipidico completo, D.Dimero, Antitrombina III, Dosaggio dei livelli ematici degli antibiotici più diffusi per la determinazione delle concentrazioni di “picco” e “predose” (Amicacina, Netilmicina, Gentamicina, Vancomicina e/o altri), Ceruloplasmina, Digitalemia, Fenobarbitalemia, Transferrinemia.

La U.O. di Cardiocirurgia deve potersi avvalere di un laboratorio che esegua indagini sierologiche per la valutazione della risposta anticorpale nei confronti dei più comuni agenti infettivi.

- **Laboratorio di Microbiologia**

La U.O. di Cardiocirurgia deve potersi avvalere di un laboratorio di Microbiologia che esegua esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobi ed anaerobi Gram-positivi e Gram-negativi, miceti e virus, da ogni materiale biologico e non.

Deve essere possibile definire il profilo di sensibilità ai farmaci antibatterici e antimicotici.

Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di assicurare la conservazione del ceppo batterico per l'eventuale successiva determinazione della Concentrazione Minima Inibente (MIC) di farmaci antibatterici, e anche per la valutazione del potere antibatterico del siero.

Anche il laboratorio di Microbiologia deve garantire l'attività 7 giorni su 7.

Per le richieste nelle giornate festive devono essere codificate le modalità di prelievo e di conservazione dei campioni, nel caso questi non possano essere subito inviati in laboratori.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

## **Radiologia**

- **Radiologia convenzionale**

È prevista obbligatoriamente la presenza all'interno della struttura di un servizio di Radiologia convenzionale a disposizione 7 giorni su 7, e 24 ore su 24.

- **TAC e RMN**

Ogni U.O. Cardiocirurgica deve potersi servire di una TAC e/o RMN disponibile all'interno della struttura e/o presso la struttura di Riferimento.

Modalità di accesso all'indagine debbono essere descritte in una procedura e compatibili con le esigenze dei Pazienti Cardiocirurgici (modalità di prenotazione, trasporto, tempi di accesso, facilità di accesso).

## **Emodinamica**

Ogni U.O. Cardiocirurgica deve potersi servire di un servizio di Emodinamica disponibile all'interno della struttura e/o presso la struttura di Riferimento.

Modalità di accesso alla struttura debbono essere descritte in una procedura e compatibili con le esigenze dei Pazienti Cardiocirurgici (modalità di prenotazione, trasporto, tempi di accesso, facilità di accesso, ecc...).

### DOCUMENTAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

#### Valvulopatie

Le componenti obbligatorie della documentazione diagnostica per questa patologia sono:

- 1) dati relativi all'anamnesi e all'esame fisico raccolti ed interpretati criticamente dal cardiologo curante e riportati fedelmente per iscritto su di un documento ufficiale (cartella o relazione clinica) da lui sottoscritto ;
- 2) elettrocardiogramma, radiografia del torace, ecocardiogramma bidimensionale e Doppler;
- 3) coronarografia (nei pazienti di età superiore a 50 anni).

Sono invece componenti facoltative della documentazione:

esame emodinamico-angiografico, altre tecniche di imaging diagnostico cardiovascolare e quant'altro venga ritenuto opportuno dal cardiologo proponente o dal cardiocirurgo.

#### Cardiopatia Ischemica

Per quanto riguarda i pazienti con patologia ischemica miocardica, dalla documentazione dovrà risultare che:

- a) il trattamento medico non è sufficiente nel controllo dei sintomi;
- b) nonostante un trattamento medico efficace, sono presenti alterazioni ischemiche silenti a bassa soglia o indici di rischio elevati in base alla diagnostica strumentale non invasiva o alla coronarografia

Dovrà inoltre risultare che l'intervento cardiocirurgico è preferibile ad altri interventi di rivascolarizzazione meccanica (PTCA) e che il quadro coronarografico è adeguato quantitativamente e qualitativamente alla rivascolarizzazione.

Dovranno inoltre essere messe in risalto eventuali patologie associate cardiache o extracardiache che possono intervenire nell'indicazione alla cardiocirurgia.

Ne consegue che le componenti obbligatorie della documentazione diagnostica sono:

- 1) coronarografia;
- 2) dati anamnestici raccolti ed interpretati criticamente dal proponente curante e riportati fedelmente per iscritto su un documento ufficiale (cartella clinica o relazione clinica) da lui sottoscritto;
- 3) risultati di esami (ecg durante angor, test ergometrico, Holter, test di imaging, ecc.) comprovanti ischemia comunque provocata.

N.B.:

Tutti gli esami diagnostici dovranno:

- essere originali e completi;
- essere corredati da un referto firmato;
- essere di qualità tecnica adeguata.

Deve essere possibile accedere a distanza al contenuto diagnostico descritto nelle conclusioni del referto.

### PAZIENTE CANDIDATO ALL'ANESTESIA PER CHIRURGIA CARDIACA

La valutazione anestesiologicala del paziente cardiocirurgico avviene durante la visita preanestetica, presso il Centro di Chirurgia, e si basa sulla raccolta dei dati anamnestici, sull'esame obiettivo e sull'analisi dei test laboratoristici e strumentali che il paziente ha già eseguito e la cui documentazione deve essere annessa alla cartella; la valutazione si completa con una quantificazione del rischio a cura dell'anestesista.

### **Informazioni che debbono essere reperibili in cartella**

#### Dati anamnestici

- Descrizione della cardiopatia in base alla diagnosi anatomica.
- Riassunto dei sintomi più importanti, del decorso della patologia e delle complicanze.
- Quantificazione dell'invalidità derivante dalla cardiopatia (riduzione della capacità lavorativa e/o cambiamento delle abitudini di vita).
- Terapia farmacologica precedente, in atto e sua risposta.
- Anestesi e interventi chirurgici precedenti.
- Patologie associate.
- Classificazione secondo i criteri della New York Heart Association (NYHA) e Canadian Cardiovascular Society (CCS).
- Eventuali intolleranze a farmaci.

#### Esame obiettivo clinico

Esame dell'obiettività cardio-polmonare e neurologica, con particolare riferimento a:

- presenza dei segni di cardiomegalia e di compromissione ventricolare, turgore delle vene giugulari, edemi declivi, epatomegalia, vasculopatia periferica;
- caratterizzazione di una eventuale dispnea;
- status mentale e i deficit neurologici.

#### Esami laboratoristici

- Routinari non specifici.

Esami Ematologici	Emocromo con formula, Conta Piastrine, Creatininemia.
Esami Biochimici	Glicemia, Azotemia, Uricemia, Protidemia Totale, Bilirubinemia Frazionata, Trigliceridemia, Colesterolemia Totale e HDL, GOT/GPT, Colinesterasi, Amilasi, Sodiemia, Potassiemia, Calcemia, Magnesemia, HIV, Antigene Au, HBsAg, VDRL., Esame completo delle urine
Esami Emocoagulativi	PT - PTT, Fibrinogenemia.

- Routinari specifici: CPK, CPK-MB, assetto lipidico completo.
- Non routinari (relativi a patologie associate):
  - Diabete: studio della tolleranza al glucosio.
  - Patologia tiroidea: test specifici T3 -T4.
  - Patologia respiratoria: emogasanalisi arteriosa.

## Esami strumentali

- Comuni:  
radiografia del torace, in proiezione standard e laterale, se opportuno con esofago baritato, elettrocardiogramma.
- Specifici:
  - patologie neoplastiche: TAC degli organi bersaglio (per escludere metastasi);
  - patologia carotidea e coronaropatie: Eco-Doppler.

## **DIMISSIONE DEL PAZIENTE DOPO L'INTERVENTO**

Dopo l'intervento, all'atto della dimissione, il Centro Cardiochirurgico fornisce alla Cardiologia/Cardiologo di riferimento e al Medico personale del paziente le seguenti informazioni:

- 1) sintesi anamnestica-cardiologica con l'indicazione all'intervento;
- 2) descrizione dettagliata della tecnica operatoria (numero e tipo dei graft e valvole impiegati, e relative procedure, ad esempio: singolo in arteria mammaria sul ramo discendente anteriore, sequenziale in vena safena su ramo circonflesso e primo marginale ottuso etc.<sup>1</sup>);
- 3) motivazione di eventuali discordanze tra il tipo di intervento pianificato collegialmente dall'équipe cardiologica e cardiocirurgica ed il risultato chirurgico (ad esempio: quali sono stati i motivi di una rivascularizzazione incompleta - limiti tecnici, problemi emodinamici intraoperatori, etc. - o di una mancata sostituzione valvolare in un paziente con valvulopatie multiple - valutazione intraoperatoria etc.);
- 4) necessità o meno di trasfusione di sangue da donatore (o utilizzo di autotrasfusione). Nel caso sia stato trasfuso sangue da donatore è bene motivarne la necessità e specificare il numero di unità di sangue e/o di emoderivati;
- 5) principali complicanze intraoperatorie e nella Sezione di Terapia Intensiva post-operatoria (sanguinamento, aritmie, turbe di conduzione, quadro di bassa portata, necessità di reintervento). Devono sempre essere segnalate, con particolare accento, la necrosi perioperatoria (sede, variazione dell'ECG pre e post-operatorio e liberazione enzimatica), la sepsi chirurgica, l'insufficienza respiratoria o renale, il sospetto di infezione post-operatoria. Nel caso sia necessaria un'assistenza

---

<sup>1</sup> Si può usare ad esempio lo schema di seguito riportato (modificato da Favaloro).

Tipo di graft	Sede anastomosi distale 1	Sede anastomosi distale 2 (solo per sequenziali)	Qualità graft e anastomosi	Qualità vaso nativo
vena safena	IVA	IVA	buono	calibro esile
a. mammaria	Cx	Cx	scarso	ateromasico
a. gastroepiploica	MO	MO	etc.	buono
a. radiale	Diag	Diag		
(singolo o sequenziale)	CDx	CDx		

circolatoria o ventilatoria temporanea prolungata è bene specificarne le motivazioni, la durata e il tipo di sistema utilizzato;

6) debbono essere puntualizzate le seguenti condizioni:

- presenza o meno di sintomi;
- condizioni delle ferite chirurgiche;
- obiettività clinica (toni aggiunti, soffi, ipofonesi etc.);
- ECG o ecocardiogramma rispetto al preoperatorio (comparsa di IMA, turbe di conduzione, aritmie);
- Rx torace (versamento pleurico o pericardico, disventilazione, etc.);
- ecocardiogramma (cinesi globale e segmentaria, versamento pericardico);
- analisi di laboratorio (emogramma, funzionalità renale ed epatica, indici di flogosi);

7) giorno in cui si è iniziata la mobilizzazione e grado di mobilizzazione raggiunta alla dimissione;

8) terapie mediche al momento della dimissione, con particolare enfasi, nel caso sia stato adottato un trattamento anticoagulante, alle sue indicazioni, al suo dosaggio ed ai valori di attività protrombinica (INR) raggiunti;

9) misure di prevenzione secondaria prescritte (igieniche, alimentari e medicamentose) e relativi controlli suggeriti.

Alla dimissione dalla Struttura Cardiochirurgica (in genere fra la 7<sup>a</sup>-10<sup>a</sup> giornata) il paziente deve essere riaffidato alla Cardiologia/Cardiologo di riferimento per il follow up. Nella maggior parte dei casi ovvero nei soggetti in cui il decorso post-operatorio sia stato esente di complicanze, il paziente sarà seguito in via ambulatoriale (attraverso visite programmate o nell'ambito di una struttura di Day Hospital); è noto che questi pazienti richiedono solamente alcuni controlli clinici ravvicinati e una rivalutazione di alcune semplici indagini strumentali (laboratorio, Rx torace, ecocardiogramma). Nei casi complicati, con problematiche ventilatorie, chirurgiche o di compenso, potrà essere considerato un ulteriore periodo di degenza ospedaliera o l'assistenza presso una Struttura di riabilitazione cardiologica.

## Indice

Premessa.....	2
Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.....	2
Acquisizione servizi.....	9
Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali .....	11