

**Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di  
Anestesia, Terapia Intensiva Polivalente e  
Monospecialistica,  
Terapia Semintensiva, Terapia Iperbarica**

## Premessa

L'Unità Operativa di Anestesia ha come Mission l'assistenza anestesiológica realizzata attraverso la formazione continua, la valorizzazione delle professionalità delle figure coinvolte avendo come valore di riferimento il rispetto dei diritti fondamentali del cittadino-utente.

Per assistenza anestesiológica si intende un insieme di interventi assistenziali integrati a diversi livelli, valutazioni anestesiológicas in regime ambulatoriale e di degenza, assistenza intraoperatoria, gestione del dolore acuto e cronico, consulenza rianimatoria del paziente acuto e grave, gestito dagli anestesisti rianimatori nell'ambito di una attività interdisciplinare che coinvolge infermieri professionali, medici chirurghi, medici di famiglia, medici specialisti e la famiglia stessa.

Le finalità in particolare sono:

- 1) erogare assistenza anestesiológica, rianimatoria e infermieristica alle U.O. Chirurgiche
- 2) attività di consulenza, anche operativa, per pazienti in stato critico presso altre U.O. che necessitino di consulenze e/o supporto rianimatorio e/o trasferimento in area intensiva
- 3) trattamento del dolore acuto e del dolore cronico
- 4) attività di formazione e addestramento a vari livelli.

L'Unità Operativa di Terapia Intensiva ha come Mission l'assistenza del paziente critico, paziente che richiede un elevato livello di cura in quanto affetto da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita od insorgenza di complicanze maggiori o paziente che richiede monitoraggio intensivo e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori.

Per assistenza al paziente critico si intende un insieme di interventi assistenziali (ventilazione artificiale/CPAP, monitoraggio emodinamico invasivo, monitoraggio pressione intracranica, emodialisi, emofiltrazione ecc.) integrati a diversi livelli, gestito dagli intensivisti nell'ambito di una attività interdisciplinare che coinvolge infermieri professionali, medici chirurghi, medici specialisti e la famiglia.

Le finalità in particolare sono:

- 1) erogare un elevato livello di cura a pazienti con instabilità acuta d'organo
- 2) attività di consulenza, anche operativa, per pazienti in stato critico presenti in ospedale che necessitino di consulenze e/o supporto rianimatorio e/o trasferimento in area intensiva
- 3) attività di formazione e addestramento a vari livelli.

Gli obiettivi delle U.O. di Anestesia e delle U.O. di Terapia Intensiva sono di assicurare un livello assistenziale adeguato, in termini di efficacia, appropriatezza, efficienza delle

prestazioni secondo standard nazionali ed internazionali e il mantenimento dell'attività di coinvolgimento, sensibilizzazione e di formazione del personale Medico e Infermieristico.

## **Attività**

### **Blocco operatorio**

Nell'ambito dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione sono stati individuati i requisiti per l'attività del Blocco operatorio per

chirurgia generale/ altre specialità chirurgiche  
ostetricia e ginecologia  
trapianti di fegato e multiviscerale  
cardiochirurgia  
neurochirurgia  
chirurgia in età pediatrica

### **Recovery room**

### **Day surgery**

### **NORA (Non Operating Room Anesthesia)**

### **Terapia intensiva**

### **Terapia semintensiva**

### **Attività medicina iperbarica**

**Ulteriori requisiti organizzativi all'interno dello Stabilimento Ospedaliero o Casa di Cura**

## **Blocco Operatorio**

È dedicato all'esecuzione delle procedure chirurgiche e delle attività funzionalmente connesse. Appartengono al blocco operatorio i seguenti locali: zone di preparazione preoperatoria; sale operatorie; sale gessi per immobilizzazioni postoperatorie; sale/zone di risveglio; zone filtro, zona lavaggio dell'équipe chirurgica; zone di sterilizzazione, se funzionalmente collegate con le sale operatorie.

Sono stati esaminati i documenti dei requisiti specifici di specialità comprendenti requisiti per sale e comparti operatori. È stata predisposta una tabella di comparazione tra le varie specialità integrata dai requisiti anestesiológicos.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per l'autorizzazione per il blocco operatorio, devono essere posseduti i seguenti:

Si riportano nella prima colonna i requisiti autorizzativi al fine di rendere leggibili le specifiche per l'accreditamento delle singole specialità

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
<b>Requisiti tecnologici</b>						
La sala operatoria deve disporre di: letto tecnico idoneo al tipo di procedura	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito	Dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - impiego di idonei presidi antidecubito
apparecchio di anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato di spirometro e di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato	possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi. Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati	possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi. Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati	possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi. Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati	possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi. Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati	possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi. Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati	- possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi Sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento di: - circuiti unidirezionali adeguati - sistema di umidificazione riscaldato - settaggi ad alta precisione

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
respiratore automatico dotato di allarmi						- modalità ventilatoria a pressione controllata (20 cmH <sub>2</sub> O) - FR adeguate - volume corrente minimo 20ml - volume di compressione controllato
apparecchiature per il monitoraggio dei parametri vitali	-misuratore pressione arteriosa incruenta -ECG con frequenzimetro -saturimetro -capnometro	-misuratore pressione arteriosa incruenta - ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto ST ECG con frequenzimetro -saturimetro -capnometro -misuratore pressione arteriosa cruenta (almeno 2) - misuratore di temperatura (almeno 2)	- misuratore pressione arteriosa incruenta -ECG con frequenzimetro - saturimetro - capnometro	- misuratore pressione arteriosa incruenta - ECG con due derivazioni sempre visibili e analisi del tratto ST - saturimetro - capnometro - misuratore pressione arteriosa cruenta (almeno 4) - misuratore di temperatura (almeno 2) - monitor portata cardiaca e/o monitor per lo studio dei volumi - monitor ripetitore per gli operatori	- misuratore pressione arteriosa incruenta - ECG con frequenzimetro - saturimetro - capnometro - misuratore pressione arteriosa cruenta	- ECG con frequenzimetro - saturimetro - capnometro -- Temperatura In caso di chirurgia maggiore: -- PA cruenta continua -- Pressione venosa centrale -- Pressione arteria polmonare

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- carrello con materiale d'anestesia pediatrica:</li> <li>- maschere con minimo spazio morto,</li> <li>- laringoscopi con lama retta e curva, cannule, LMA, tubi oro e nasotracheali,</li> <li>- materiale per vie aeree difficili e farmaci</li> </ul>
	pompa da infusione con funzionamento elettronico in numero adeguato	pompa da infusione con funzionamento elettronico in numero adeguato	pompa da infusione con funzionamento elettronico in numero adeguato	pompa da infusione con funzionamento elettronico in numero adeguato		pompa da infusione con funzionamento elettronico in numero adeguato
		circolazione extracorporea + scambiatore di calore		circolazione extracorporea + scambiatore di calore + pompa per il by pass veno venoso		
						sistema riscaldante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sistemi radianti, coperte termiche, materassi ad aria ed acqua calda, teli termici</li> <li>- riscaldatore di fluidi</li> </ul>



	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
		defibrillatore		defibrillatore		
		pace maker temporaneo		pace maker temporaneo		
					Effettuazione di monitoraggi neurofisiologici	Pronta disponibilità: dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare per la valutazione della miorisoluzione
In ogni blocco operatorio devono essere disponibili: frigorifero con requisiti idonei alle sostanze da conservare				Emoteca dedicata		
defibrillatore			Anche in comune con le stanze travaglio-parto se inserita nella stessa area.			
	sistema di riscaldamento per il paziente in caso di chirurgia maggiore o pediatrica	sistema di raffreddamento e riscaldamento per il paziente	sistema di riscaldamento per il paziente in caso di chirurgia maggiore	sistema di raffreddamento e riscaldamento per il paziente	sistema di riscaldamento per il paziente	sistema di riscaldamento per il paziente
	riscaldatore di fluidi		riscaldatore di fluidi		riscaldatore di fluidi	riscaldatore di fluidi

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
	emogasanalisi deve essere disponibile la prestazione	emogasanalizzatore	emogasanalisi deve essere disponibile in emergenza	emogasanalizzatore + glicemia e lattato (disponibile la prestazione)	emogasanalisi deve essere disponibile la prestazione	emogasanalizzatore, disponibile la prestazione
	apparecchiatura per recupero sangue secondo la tipologia di intervento	apparecchiatura per recupero sangue disponibile		dispositivo per recupero, processazione e reinfusione del sangue		apparecchiatura per recupero sangue, secondo la tipologia dell'intervento
	misuratore di pressione cruenta per pazienti urgenti e/o complessi e per interventi di chirurgia maggiore	è nella SO	misuratore di pressione cruenta per pazienti urgenti e/o complessi e per interventi di chirurgia maggiore	è nella SO	misuratore di pressione cruenta per pazienti urgenti e/o complessi e per interventi di chirurgia maggiore	misuratore di pressione cruenta per pazienti urgenti e/o complessi e per interventi di chirurgia maggiore
	misuratore di temperatura disponibile	è nella SO	misuratore di temperatura disponibile	è nella SO	misuratore di temperatura disponibile	misuratore di temperatura disponibile
	lampada satellite o portatile disponibile	lampada satellite o portatile disponibile	lampada satellite o portatile disponibile	lampada satellite o portatile disponibile	lampada satellite o portatile disponibile	lampada satellite o portatile disponibile

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile	dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare disponibile
	stazione anestesiológica di riserva	stazione anestesiológica di riserva	stazione anestesiológica di riserva	stazione anestesiológica di riserva	stazione anestesiológica di riserva	stazione anestesiológica di riserva
		sistema di assistenza circolatoria				
		ecocardiografo con sonda transesofagea				
		contropulsore				
		apparecchiatura per la determinazione del tempo di coagulazione attivato		apparecchiature per il monitoraggio intraoperatorio della coagulazione		

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
					aspiratore ad ultrasuoni	
					attrezzatura per la prevenzione della Trombosi Venosa Profonda	
					sistema di rilevazione dell'embolia gassosa	
La zona/locale risveglio deve disporre di sistema di monitoraggio, comprendente cardiomonitor	sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione.	sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione	sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione	sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione	sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione	- sistema portatile per il monitoraggio Ecg, saturimetria, pressione - defibrillatore

	<b>CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE</b>	<b>CARDIO CHIRURGIA</b>	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>TRAPIANTI DI FEGATO E MULTIVISCERALE</b>	<b>NEURO CHIRURGIA</b>	<b>CHIRURGIA IN ETÀ PEDIATRICA</b>
<b><i>Requisiti organizzativi</i></b>						
La dotazione di personale deve essere rapportata alla tipologia ed ai volumi di attività espletata. L'equipe operatoria per gli interventi in anestesia generale e loco regionale (spinale, peridurale) deve comprendere un medico anestesista	Durante l'attività programmata deve essere prevista una procedura per garantire, in caso di necessità, la presenza di un altro anestesista	Deve essere garantito un medico anestesista, due chirurghi e tre infermieri più un perfusionista	Durante l'attività programmata deve essere prevista una procedura per garantire, in caso di necessità, la presenza di un altro anestesista	Deve essere garantito un medico anestesista, due chirurghi e tre infermieri più presenza di un medico con competenze anestesilogiche, un OTA	Deve essere garantito un medico anestesista. Durante l'attività programmata deve essere prevista una procedura per garantire, in caso di necessità, la presenza di un altro anestesista più 1 IP disponibile	Per interventi in anestesia generale, in relazione all'età e alla tipologia dell'intervento, deve essere garantito inoltre un medico con competenze anestesilogiche o un anestesista disponibile

Se è presente una sola sala operatoria devono essere soddisfatti i requisiti complessivi di Sala Operatoria e Blocco Operatorio.

## **REQUISITI ORGANIZZATIVI PER CHIRURGIA GENERALE E ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE**

### **Sala Operatoria**

Deve essere garantita la procedura per l'esatta identificazione del paziente in sala operatoria.

Deve essere presente una lista operatoria giornaliera, settimanale, dell'attività programmata.

Devono essere definiti i criteri per il trasferimento dalla Sala Operatoria del paziente.

### **Blocco operatorio**

Deve esistere un programma di verifica dei risultati e miglioramento della qualità dell'assistenza fornita sia medica che infermieristica

Devono esistere procedure dell'attività che consentano di valutare:

- numero e tipologia degli interventi
- tipologia della tecnica anestesiológica
- durata dell'intervento chirurgico (tempo chirurgico, tempo anestesiológico, occupazione della sala operatoria)
- consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo

La raccolta e l'elaborazione di questi dati devono essere informatizzate.

Devono esistere procedure di controllo del processo di sterilizzazione validate dalla Direzione Sanitaria ed organizzate in linee guida e protocolli, conformi alle leggi in materia nonché alla direttive regionali e/o aziendali.

Devono esistere protocolli, validati dalla Direzione Sanitaria, per la pulizia e disinfezione del blocco operatorio.

Devono esistere procedure e protocolli condivisi con le altre UU.OO. per il controllo delle infezioni in Sala Operatoria

Deve esistere documentazione sulle procedure di gestione del trattamento postoperatorio del paziente

Deve esistere documentazione sulla gestione del dolore postoperatorio.

Deve essere garantita la possibilità di assistenza ventilatoria meccanica postoperatoria.

Deve esistere un protocollo per

- valutazione anestesiológica preoperatoria
- profilassi antibiotica
- intubazione difficile
- ipertermia maligna
- allergia da lattice
- gestione del dolore postoperatorio.

## **Documentazione anestesilogica**

La documentazione anestesilogica ha valore medico-legale e costituisce parte integrante della cartella clinica.

Deve riportare tutti gli aspetti del trattamento anestesilogico, dalla valutazione preoperatoria, alle indicazioni specifiche per il decorso postoperatorio

La documentazione deve includere:

### **1. DATI DI BASE**

#### **1.1 Dati anagrafici, peso, n° cartella clinica del paziente**

1.2 Diagnosi

1.3 Intervento o procedura proposta

1.4 Data della valutazione anestesilogica, e nome dell'anestesista che la esegue

1.5 Consenso informato

1.6 Data dell'intervento o procedura

1.7 Nome dell'anestesista che esegue l'anestesia

1.8 Nome del primo operatore

### **2. DATI PREOPERATORI**

2.1 Dati anamnestici rilevanti

2.2 Esame obiettivo con riferimento alle specifiche problematiche specialistiche

2.3 Eventuali indagini preoperatorie

2.4 Farmaci assunti

2.5 Manifestazioni allergiche a farmaci e/o materiali

2.6 Precedenti procedure anestesilogiche con eventuali eventi avversi

2.7 Definizione della classe di rischio

2.8 Prescrizioni di eventuali trattamenti preoperatori e della medicazione preanestetica

2.9 Disponibilità di emoderivati

### **3. DATI INTRAOPERATORI**

3.1 Tecnica anestesilogica, con ogni rilevante problema riscontrato

3.2 Parametri monitorizzati

3.3 Posizione operatoria

3.4 Dettagli su:

3.4.1 presidi di controllo delle vie aeree

3.4.2 accessi venosi e arteriosi

3.4.3 valori dei principali parametri vitali monitorizzati (Part; Fc; SpO<sub>2</sub>; EtCO<sub>2</sub>)

3.4.4 farmaci utilizzati, con dose, via di somministrazione ed eventuali reazioni

3.4.5 infusioni parenterali, compresi gli emoderivati

3.5 Tempi anestesilogici e chirurgici più rilevanti

3.6 parametri vitali al momento del trasferimento in reparto

### **4. FASE POSTOPERATORIA**

4.1 indicazioni per l'assistenza postoperatoria:

4.1.1 controlli clinici particolari e indicazioni e consigli terapeutici

4.1.2 controlli strumentali e di laboratorio

4.1.3 terapia infusione ed altri trattamenti farmacologici

4.1.4 terapia antalgica

## **Requisiti organizzativi anestesiológicos per Parti Operativi**

Deve essere presente una lista operatoria per interventi programmati.

Devono esistere procedure per la identificazione della madre e del neonato.

Deve esistere una procedura per l'attivazione della Sala Operatoria per intervento chirurgico in urgenza/emergenza.

Deve esistere una procedura per l'assistenza rianimatoria neonatale

Devono esistere procedure di raccolta dati che consentano di valutare:

numero e tipologia di intervento

tipologia della tecnica anestesiológica

durata dell'intervento (tempo chirurgico, tempo anestesiológico, occupazione della Sala operatoria)

esiti materno-fetali

consumi per paziente almeno del materiale ad alto costo

La raccolta dei dati deve essere informatizzata

Devono esistere procedure e protocolli anestesiológicos per il parto cesareo.

### **Servizio di Parto Indolore.**

Deve essere previsto un percorso assistenziale che renda disponibile un servizio di parto indolore attuato secondo procedure e protocolli condivisi tra le diverse figure professionali coinvolte, basati su Linee Guida validate dalle Società Scientifiche di riferimento.

Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato alla analgesia.

Deve esistere una lista delle pazienti con indicazione alla partoanalgesia.

Deve esistere un protocollo per l'identificazione della madre e del neonato.

Deve esistere una procedura per la verifica della corrispondenza tra numero programmato e numero effettuato di parti in analgesia.

Devono esistere procedure e protocolli anestesiológicos per la tecnica di partoanalgesia.

Deve esistere una procedura per la conversione in urgenza dalla partoanalgesia al parto chirurgico.

Devono esistere procedure di raccolta dati che consentano di valutare gli esiti materno-neonatali in relazione alla partoanalgesia.

Devono esistere procedure e protocolli per il controllo delle infezioni in Sala travaglio-parto.



## Requisiti dei Punti Nascita secondo livelli assistenziali omogenei

<b>Livello punto nascita</b>	<b>Caratteristiche assistenza ostetrica</b>	<b>Caratteristiche assistenza pediatrico/a neonatale</b>	<b>Assistenza erogabile</b>
Casa di maternità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non meno di 50 parti a regime</li> <li>• Ostetrica</li> <li>• Consulenza ginecologo</li> </ul>	Consulenza pediatra/neonatologo secondo indicazioni L.R. 26/98	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parti fisiologici (&gt; 37 sett.)</li> </ul>
U.O. di assistenza di base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non meno di 500 parti</li> <li>• Assistenza ostetrico/ginecologica h24</li> <li>• Assistenza anestesiologicala (pronta disponibilità)</li> </ul>	Consulenza pediatra/neonatologo (pronta disponibilità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parti fisiologici</li> <li>• Parti &gt; 34 settimane</li> </ul>
U.O. di assistenza subintensiva e di base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non meno di 800 parti</li> <li>• Assistenza ostetrico/ginecologica h24</li> <li>• Assistenza anestesiologicala h 24</li> </ul>	Assistenza pediatrica/neonatalogica h24 con culle per patologia neonatale e culle per terapia neonatale subintensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parti fisiologici</li> <li>• Parti &gt; 31 settimane</li> <li>• Parti in gravidanze a rischio intermedio</li> </ul>
U.O. di assistenza intensiva, subintensiva e di base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non meno di 1000 parti</li> <li>• Assistenza ostetrico/ginecologica h24</li> <li>• Assistenza anestesiologicala h24</li> </ul>	Assistenza pediatrica/neonatalogica h24 con culle per patologia neonatale e culle per terapia neonatale subintensiva ed intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parti fisiologici</li> <li>• Parti prematuri indipendentemente dall'età gestazionale</li> <li>• Parti in gravidanze a rischio elevato</li> </ul>

## **Servizio di Parto Indolore**

Per l'analgisia del parto il Servizio di Parto Indolore deve comprendere almeno:

1 medico anestesista  
1 I.P. o 1 Ostetrica } per le manovre di cateterizzazione peridurale

Le pazienti devono essere seguite con particolare attenzione almeno nei 30 minuti successivi ad ogni somministrazione di farmaco.

L'anestesista deve verificare periodicamente il blocco sensoriale e motorio.

L'anestesista è sempre responsabile del blocco che ha effettuato e la sorveglianza deve essere commisurata al tipo di blocco stesso

## Recovery room

La recovery room è un ambiente idoneo all'assistenza e al trattamento del paziente che è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in regime ordinario o day surgery, fino al recupero delle funzioni vitali o della coscienza; normalmente l'attività della recovery room si svolge nelle ore diurne.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

Deve essere collocata in zona adiacente al blocco operatorio.

La recovery room deve essere costituita da un modulo minimo di 4 pl

Devono essere previsti:

- almeno m<sup>2</sup> 9 per pl

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

- impianto di condizionamento che garantisca le condizioni igrotermiche della sala operatoria
- sistema di monitoraggio dei parametri cardiocircolatori e della SatO<sub>2</sub> periferica, comprendente cardiomonitor e defibrillatore
- aspiratore per broncoaspirazione
- pompe da infusione
- strumentazione gestione vie aeree
- sistema per la ventilazione meccanica e ossigenoterapia
- presidi e farmaci

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Deve essere previsto un anestesista responsabile delle attività.

Il numero degli infermieri deve essere rapportato ai volumi e alla tipologia delle attività.

Le condizioni cliniche del paziente devono risultare adeguatamente documentate.

Devono essere definiti i criteri per il trasferimento del paziente nel reparto di provenienza o in terapia intensiva/semintensiva.

## Day surgery

Con il termine di chirurgia di giorno (Day Surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli:

- *Unità autonoma di day-surgery* dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi ed altri eventuali servizi indipendenti; tale unità ha propri locali, mezzi e personale, ed è quindi autonoma dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.
- *Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare*: esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie e locali dedicati.
- *Posti letto dedicati* all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. I pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

Oltre ai requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici (dotazione di ambienti e spazi, dotazione di attrezzature) previsti dalla normativa vigente per l'attività di Day Surgery, indipendentemente dal suo modello organizzativo devono essere posseduti i seguenti requisiti.

#### **Sala Operatoria**

Devono essere posseduti gli stessi requisiti già indicati per il blocco operatorio.

#### **Degenza**

- Deve essere intesa come ambiente di riposo post operatorio, deve poter permettere le routinarie manovre di controllo dei parametri nel post operatorio e una graduale ripresa delle funzioni fisiologiche e delle normali attività (deambulazione, assunzione di alimenti, capacità di rivestirsi, etc.).
- Devono essere identificati letti e/o poltrone rispetto ai posti letto di ricovero ordinario.

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Quando è presente un'attività organizzativa autonoma di Day Surgery deve essere prevista una Caposala o infermiere responsabile.

Il coordinamento deve essere affidato ad uno specialista di branca chirurgica o anestesiologicala. Tale figura di coordinatore di Day Surgery è utile al fine di creare un elemento di catalizzazione del sistema organizzativo.

Devono esistere procedure di controllo del processo di sterilizzazione validate dalla Direzione Sanitaria ed organizzate in linee guida e protocolli, conformi alle leggi in materia nonché alla direttive regionali e/o aziendali.

L'assicurazione della qualità è particolarmente importante in Day surgery perché il successo, la sicurezza e la resa economica delle unità di Day surgery sono imprescindibili da un rigoroso controllo del processo in tutta la sua globalità.

Per il controllo del processo si devono prevenire e gestire le non conformità e devono essere gestite le aree di criticità e dei fattori di rischio.

Le aree di criticità si situano a livello di:

- selezione preoperatoria
- assistenza anestesiológica all'intervento
- controllo postoperatorio
- fase di dimissione
- contatti con il paziente nella fase domiciliare del postoperatorio.

### **Clinical Competence e Formazione**

Il personale medico deve essere in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- gli anestesisti rianimatori dovranno possedere una pratica documentata. Per l'esecuzione in autonomia di anestesie generali in bambini è necessaria una competenza almeno di livello III;
- il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica documentata.

### **Indicatori per la valutazione della performance**

% pazienti cancellati dalla lista operatoria il giorno dell'intervento per cause anestesiológicas

% pazienti con necessità di assistenza postoperatoria oltre 6 ore dal termine dell'intervento

% pazienti sottoposti ad intervento in Day Surgery ricoverati in regime ordinario per cause anestesiológicas

<p><b>Attività anestesiolgiche eseguite non in sala operatoria</b>  <b>NORA (Non Operating Room Anesthesia)</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per le attività anestesiolgiche eseguite, non in Sala Operatoria: NORA (Non Operating Room Anesthesia).

All' U.O. di Anestesia può essere richiesto di effettuare procedure anestesiolgiche in corso di attività diagnostico-terapeutica che si svolgano fuori dalla Sala Operatoria, in ambienti e situazioni che presentano requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi modulati su esigenze specifiche (ad esempio sale endoscopiche); quando questa attività è svolta normalmente è opportuno indicare i requisiti minimi per poter soddisfare la richiesta di supporto anestesiolgico.

In assenza di raccomandazioni specifiche della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Terapia Intensiva e Rianimazione) e dell'ESA (European Society of Anesthesia), si sono adattate le indicazioni mutuare dall'ASA (American Society of Anesthesiologists).

L'ASA ha pubblicato linee guida specifiche, per definire e codificare le modalità operative, i requisiti per le attività anestesiolgiche eseguite non in Sala Operatoria, di seguito definite con l'acronimo NORA.

N. B. Collegato alle note preliminarmente esplicitate è il concetto nuovo per l'Anestesista italiano, della cosiddetta MAC (Monitored Anesthesia Care) l'Anestesista partecipa al trattamento di un paziente che viene sottoposto ad una procedura diagnostica e/o terapeutica, tale servizio viene erogato spesso con modalità comuni alla NORA e pertanto è raccomandabile sia sottoposto alla medesima regolamentazione.

## A) REQUISITI STRUTTURALI

Poiché, come indicato in precedenza, la NORA richiede l'esecuzione di procedure anestesiolgiche in ambienti diversi dalla Sala Operatoria, i requisiti strutturali richiesti per il contesto operativo devono corrispondere alle raccomandazioni di seguito elencate:

Requisiti strutturali	Note
Una sorgente di O <sub>2</sub>	equivalente a una bombola da 40 L di O <sub>2</sub> . La sorgente deve essere centralizzata se vengono effettuate procedure in Anestesia generale o loco-regionale
Sorgente di aspirazione che risponda agli standard della Sala Operatoria	
Sistema per l'aspirazione dei gas anestetici	se si utilizza la tecnica di Anestesia generale
Ambiente postoperatorio per le routinarie manovre di controllo dei parametri fino alla dimissibilità	adiacente e facilmente controllabile

## **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

I requisiti tecnologici per eseguire la NORA devono prevedere la possibilità di realizzazione di tutte le tecniche anestesiolgiche: sedazione profonda, anestesia loco-regionale, anestesia generale, e combinazioni di queste, sia per consentire la scelta della tecnica ma soprattutto permettere di trasformare una sedazione o ALR in AG..

E' necessario che gli standard di sicurezza siano adeguati a questa evenienza, motivo per cui devono essere presenti i requisiti tecnologici della Sala Operatoria (Day Surgery).

## **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Il servizio di NORA deve poter essere erogato per attività programmate e/o d'emergenza-urgenza.

Lo sviluppo di queste attività deve essere organizzato in procedure concordate con tutti i professionisti coinvolti, impiegando risorse umane e tecnologiche dedicate, e tenendo nel debito conto il volume, i flussi e le caratteristiche dell'attività, erogando prodotti che rispondano ai requisiti di efficacia, efficienza ed economicità.

Il Responsabile della U.O. deve individuare le modalità operative più idonee a rispettare i requisiti indicati, applicando alla NORA le norme e gli standard sopracitati.

Deve essere garantita la presenza tra il personale infermieristico di almeno un'unità che possieda esperienza specifica di S.O. e possa collaborare con l'anestesista.

Deve essere prevista una procedura per garantire in caso di necessità la presenza di un altro anestesista durante l'attività programmata.

Nel caso in cui venga programmato che alcune tecniche di anestesia locale e/o sedazione siano effettuate da altri specialisti, sono comunque raccomandate le indicazioni dell'ASA e deve essere presente una procedura che preveda, all'insorgere di difficoltà/complicanze, le modalità di intervento dell'anestesista.

Deve essere presente una procedura qualora una prestazione svolta in regime ambulatoriale o di day hospital necessiti di ricovero in regime ordinario non programmato.

Deve esistere traccia documentale dell'attività svolta.

## **Clinical Competence**

Gli anestesisti dovranno possedere almeno il livello III di competenza. Per l'esecuzione di anestesie generali in autonomia in bambini è necessario almeno il livello III di competenza nel settore. Per l'analgesia in autonomia nel parto è preferibile esperienza specifica nel settore.

È opportuno che la competenza venga acquisita con un adeguato periodo di attività tutorata fino al raggiungimento di una documentata competenza teorico-pratica tale da garantire un buon livello di performance per tutte le procedure previste.

Il personale infermieristico deve possedere esperienza specifica di S.O., per la collaborazione ad anestesie generali in bambini è preferibile esperienza specifica nel settore.

Devono essere predisposti piani di formazione ed aggiornamento permanente in relazione alle attività di NORA svolte.

## Terapia intensiva

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti

I criteri di cui tenere conto nell'individuazione dei livelli di assistenza per la terapia intensiva (TI) sono legati al mix di pazienti, all'intensità delle cure, alla tipologia del paziente, al numero totale di posti letto, alla variabilità nel tempo nell'occupazione dei pl, al mix di specialità.

Il livello di intensità delle cure consente di differenziare le TI dalle Semintensive .

Le TI sono caratterizzate dalla netta prevalenza di pazienti che necessitano di un elevato livello di cure tecnologiche (ventilazione artificiale/CPAP, monitoraggio pressione arteria polmonare o intracranica, somministrazione di vasoattivi associata ad emodialisi/emofiltrazione), e di nursing "intensivo".

### **Le terapie intensive possono essere monospecialistiche o polivalenti.**

I seguenti requisiti sono individuati per le terapie intensive, con accesso dal Dipartimento di Emergenza Urgenza, dalle chirurgie specialistiche o da altre specialità.

### **A) Requisiti Strutturali**

L'accesso alla TI deve essere controllato (non deve esserci transito estraneo all'attività dell'U.O.).

I collegamenti col dipartimento dell'Emergenza urgenza, con il blocco operatorio e con i servizi di supporto, ove presenti, devono essere almeno funzionali.

<b>Requisiti strutturali</b>	<b>Note</b>
Le Unità Operative devono essere costituite da moduli minimo di 6 posti letto, con standard ottimale di 8 pl e subunità aggiuntive di 6-8 pl.	
La superficie totale dell'area dell'Unità Operativa deve essere uguale a 2.5 volte il totale degli spazi previsti per posto letto, da articolarsi in:	
stanza per il medico di guardia	anche in prossimità
spogliatoio per il personale	anche centralizzato
cucinetta	
postazione di lavoro infermieristica, dotata di centrale di monitoraggio	
pensili e/o travi a soffitto per l'appoggio di apparecchiature e presidi per favorire l'accesso, le manovre e la pulizia	
Deve essere possibile una buona visione dei pazienti dalla postazione infermieristica	
Deve essere previsto un adeguato spazio dietro alla testata letto per garantire le manovre assistenziali	



## B) REQUISITI TECNOLOGICI

<b>Impianti</b>	<b>Note</b>
Devono essere garantite:	
velocità dell'aria nelle zone di degenza non superiore 0.8 m/sec.	
impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) tale da garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40l/min per ciascuna presa)	

Nella U.O. devono essere presenti:

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
apparecchio per anestesia (con spirometro e sistema di monitoraggio della concentrazione dell'O <sub>2</sub> erogato)	disponibile
un defibrillatore corredato di stimolazione cardiaca transcutanea	
un diafanoscopio a parete	
stimolatore cardiaco per stimolazione endocavitaria	disponibile
sistemi per respirazione in CPAP	in relazione al case mix e al n° di pl
apparecchio radiologico	disponibile
sistema di depurazione renale	disponibile
sistema di pesatura del paziente allettato	
attrezzatura per il trasporto su barella del paziente critico comprendente monitor/defibrillatore con ECG, NIBP; saturimetro, bombola di ossigeno, respiratore portatile	
una presa per apparecchio di radiologia per area di degenza.	
1 livello ogni 4 p.l., con rubinetti ad apertura non manuale ed asciugatura usa e getta per le strutture esistenti 1 ogni 2 p.l. per le strutture di nuova progettazione 1 ogni pl per le degenze singole	

Per ogni posto letto devono essere presenti:

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
1 sistema di allertamento 1 per le degenza singola 1 per area di degenza	
una sorgente luminosa	
12 prese di corrente per strutture esistenti 16-20 per le strutture di nuova progettazione,	
Prese vuoto: 2 per pl (desiderabile 3) Prese per O <sub>2</sub> : 2 per pl (desiderabile 3) prese per aria compressa : 2 pl ( desiderabile 3)	

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
respiratori automatici dotati anche di allarme per deconnessione dei pazienti	ad elevate prestazioni, con monitoraggio della funzione ventilatoria, completo di umidificatore, (+1 di riserva ogni 6/8 pl)
letto tecnico con possibilità di assunzione della posizione di trendelemburg e anti-trendelemburg, dotato di presidi antidecubito	
sistema di ventilazione manuale	
almeno due pompe siringa e una pompa volumetrica per pl	
una pompa per nutrizione enterale per p.l.	
monitoraggio del paziente	
monitor per la rilevazione dei parametri vitali	
trend dei parametri	
allarmi sonori e visivi	
simultanea visione nel display di almeno 4 tracce fra le seguenti: ECG PA non invasiva almeno due canali di pressione invasiva pulsossimetro	
Deve inoltre essere rilevabile	
monitoraggio della ventilazione: capnometria volumi pressione frequenza % di O <sub>2</sub> della miscela inspirata	disponibile
portata cardiaca e valori derivati	disponibile
temperatura (centrale e cutanea)	
Monitoraggi addizionali: funzione respiratoria saturazione venosa mista rilevazione delle aritmie possibilità di registrazione on line della traccia elettrocardiografica analisi del tratto ST-T calorimetria indiretta	in funzione dell'attività specialistica

## **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

### **Dotazione di personale**

La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia delle attività (vedi documento di pianificazione).

## **Requisiti minimi per la sicurezza**

### **Personale medico**

#### ***Terapia Intensiva polivalente***

Deve essere garantita la presenza di un anestesista rianimatore h 24, 7 giorni su 7.

#### ***Terapia Intensiva monospecialistica***

Deve essere garantita la presenza di un medico specialista h 24, 7 giorni su 7.

Deve essere presente un referente per garantire la continuità assistenziale.

### **Personale infermieristico**

#### ***Terapia Intensiva polivalente e Terapia Intensiva monospecialistica***

Deve essere previsto:

1 infermiere ogni 2 pl

Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla Terapia Intensiva.

Durante il periodo di degenza in Terapia Intensiva il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato (set minimo cartella clinica).

Ogni Terapia Intensiva deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente in Terapia Intensiva:

- gestione materiale assistenza respiratoria
- intubazione difficile
- allergia al lattice
- gestione del paziente in ventilazione meccanica
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie
- utilizzo antibiotici
- danno cerebrale severo
- osservazione morte celebrale e donazione organi
- prevenzione lesioni da decubito
- analgesia e sedazione
- ammissione/dimissione pazienti
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione
- alimentazione artificiale, sia enterale che parenterale.

### **Set minimo della cartella Terapia Intensiva**

All'ingresso

- Dati anagrafici
- Dati antropometrici
- Provenienza
- Diagnosi

- Motivo del ricovero in Terapia Intensiva
- Anamnesi
- Obiettività
- Inquadramento clinico all'ingresso con Indice di gravità e procedure intraprese
- Trattamenti in atto

### **Foglio Giornaliero (Daily Planning)**

- Pianificazione terapeutico diagnostico assistenziale
- Registrazione dei trattamenti in atto e delle manovre assistenziali
- Evoluzione clinica
- Evoluzione di score di gravità generali e mirati
- Grafica giornaliera, con possibilità di indicazione oraria dei parametri monitorizzati e clinici, della terapia programmata ed eseguita e delle modalità di supporto vitale

La cartella clinica deve contenere tutti gli esami diagnostici effettuati.

Deve essere previsto un documento di trasferimento che descriva le procedure effettuate e la situazione clinica del paziente.

## Terapia semintensiva

Le Terapie semintensive sono caratterizzate dalla netta prevalenza di pazienti che necessitano di intensità di cure minore rispetto a quelle possibili in una terapia intensiva (monitoraggio intensivo, somministrazione di vasoattivi o emodialisi/emofiltrazione ecc.), ma la cui criticità non ne consente una adeguata gestione in una degenza ordinaria.

### A) REQUISITI STRUTTURALI

L'accesso alla Terapia semintensiva deve essere controllato (non deve esserci transito estraneo all'attività dell'U.O.).

I collegamenti col dipartimento dell'Emergenza urgenza, con il blocco operatorio e con i servizi di supporto devono essere funzionali, ove presenti.

Requisiti strutturali	Note
Le Unità Operative devono essere costituite da moduli con un minimo di 6 posti letto, per le nuove attivazioni (4 per le esistenti).	
La superficie totale dell'area dell'Unità Operativa deve essere almeno 2 volte il totale degli spazi previsti per posto letto, da articolarsi in:	
zona filtro per i degenti	
zona filtro per il personale addetto e visitatori	
locale di lavoro per il personale medico	
stanza per il medico di guardia	anche in prossimità
locale di lavoro per il personale infermieristico	
deposito per presidi sanitari e altro materiale pulito	deve essere di dimensioni adeguate al deposito delle apparecchiature
deposito per il materiale sporco, dotato di vuotatoio	
servizi igienici per i pazienti	in relazione alla tipologia prevalente dei pazienti
servizi igienici per il personale	
spogliatoio per il personale	anche centralizzato
ambiente per disinfezione/lavaggio attrezzature/materiali	dotato di lavelli, prese gas medicali, prese vuote, prese corrente.
locale per caposala	per le strutture di nuova progettazione
segreteria o area amministrativa	deve essere garantita la funzione
cucinetta	
postazione di lavoro infermieristica, dotata di centrale di monitoraggio	
Devono inoltre essere previste:	
area attesa visitatori	nell'immediato esterno dell'U.O.
area ricevimento parenti	nell'immediato esterno dell'U.O.
Devono essere previsti almeno 15 m <sup>2</sup> /pl	

<b>Requisiti strutturali</b>	<b>Note</b>
Devono essere previsti:	
superfici di pavimenti, pareti e soffitti continue, non scalfibili, lavabili e trattabili con disinfettanti, raccordate ad angoli smussi	
ampiezza delle porte e dei percorsi all'interno dell'U.O. tale da consentire lo spostamento dei letti	
pensili e/o travi a soffitto per l'appoggio di apparecchiature e presidi per favorire l'accesso, le manovre e la pulizia	
Deve essere possibile una buona visione dei pazienti dalla postazione infermieristica	
Deve essere previsto un adeguato spazio dietro alla testata letto per garantire le manovre assistenziali	

## **B)REQUISITI TECNOLOGICI**

<b>Impianti</b>	<b>Note</b>
L'impianto di climatizzazione deve garantire:	
una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra i 20 e 24 °C	
una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40 e 60%	
un numero di ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 6 v/h	
un numero di ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) pari a 10 v/h nelle aree destinate allo stoccaggio temporaneo dei materiali sporchi	
Devono essere garantite:	
bonifica dell'aria attraverso filtri semiassoluti, in grado di trattenere le particelle del diametro di 5 micron	
velocità dell'aria nelle zone di degenza non superiore 0.8 m/sec.	
impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) tale da garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40l/min per ciascuna presa)	
impianto centralizzato di gas medicali	
impianto allarme di segnalazione esaurimento dei gas medicali	

Nella U.O. devono essere presenti

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
lampada scialitica	anche portatile
aspiratori per broncoaspirazione	
un defibrillatore	possibilmente corredato di stimolazione cardiaca transcutanea
un diafanoscopio a parete	
frigoriferi per la conservazione dei farmaci e emoderivati	
stimolatore cardiaco per stimolazione esterna	disponibile
sistemi per respirazione in CPAP	in relazione al case mix e al n° di pl
respiratori automatici dotati anche di allarme per deconnessione dei pazienti	in relazione al case mix e al n° di pl
bronco fibroscopio	disponibile la funzione
apparecchio radiologico	disponibile
attrezzatura per il trasporto su barella del paziente critico comprendente monitor/defibrillatore con ECG, NIBP; saturimetro, bombola di ossigeno, respiratore portatile	
una presa per apparecchio di radiologia per area di degenza.	
1 lavello ogni 4 pl., con rubinetti ad apertura non manuale ed asciugatura usa e getta per le strutture esistenti 1 ogni 2 pl per le strutture di nuova progettazione 1 ogni pl per le degenze singole	

Per ogni posto letto devono essere presenti:

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
1 sistema di allertamento 1 per le degenza singola 1 per area di degenza	
una sorgente luminosa	
6 prese di corrente per strutture esistenti 10 per le strutture di nuova progettazione,	
Prese vuoto: 1 per pl Prese per O <sub>2</sub> : 1 per pl prese per aria compressa : 1 pl	
letto tecnico con possibilità di assunzione della posizione di trendelemburg e anti-trendelemburg, dotato di presidi antidecubito	
sistema di ventilazione manuale	

<b>Attrezzature</b>	<b>Note</b>
sistema di aspirazione	
pompe siringa e pompe volumetrica	secondo necessità
pompa per nutrizione enterale	secondo necessità
monitoraggio del paziente	
monitor per la rilevazione dei parametri vitali	
trend dei parametri	
allarmi sonori e visivi	

## **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

### **Dotazione di personale**

La dotazione organica del personale è rapportata alla tipologia delle attività (vedi documento di pianificazione).

### **Requisiti minimi per la sicurezza**

#### **Personale medico**

Deve essere garantita la presenza di un medico specialista dedicato 8-20, 7 giorni su 7 . Nelle ore notturne il medico specialista può essere condiviso con altre degenze.

Deve essere presente un referente per garantire la continuità assistenziale.

#### **Personale infermieristico**

1 infermiere ogni 4 pl

Devono essere definiti a livello aziendale protocolli concordati e condivisi con le U.O. interessate per l'accesso e la dimissione dalla Terapia Semintensiva.

Durante il periodo di degenza in Terapia Semintensiva il decorso clinico del paziente deve risultare adeguatamente documentato (set minimo cartella clinica).

Ogni Terapia Semintensiva deve avvalersi di Procedure, Linee Guida, Protocolli per quanto riguarda i principali aspetti/settori dell'assistenza del paziente in Terapia Semintensiva:

- gestione materiale assistenza respiratoria
- allergia al lattice
- gestione del paziente in ventilazione
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie
- utilizzo antibiotici
- prevenzione lesioni da decubito
- analgesia e sedazione
- ammissione/dimissione pazienti
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione
- alimentazione artificiale.



## **Set minimo della cartella Terapia Semintensiva**

All'ingresso

- Dati anagrafici
- Dati antropometrici
- Provenienza
- Diagnosi
- Motivo del ricovero in Terapia Semintensiva
- Anamnesi
- Obiettività
- Inquadramento clinico all'ingresso con Indice di gravità e procedure intraprese
- Trattamenti in atto

## **Foglio Giornaliero (Daily Planning)**

- Pianificazione terapeutico diagnostico assistenziale
- Registrazione dei trattamenti in atto e delle manovre assistenziali
- Evoluzione clinica
- Evoluzione di score di gravità generali e mirati
- Grafica giornaliera, con possibilità di indicazione oraria dei parametri monitorizzati e clinici, della terapia programmata ed eseguita e delle modalità di supporto vitale

La cartella clinica deve contenere tutti gli esami diagnostici effettuati.

Deve essere previsto un documento di trasferimento che descriva le procedure effettuate e la situazione clinica del paziente.

## **Terapia Iperbarica**

Oltre ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, previsti dalla normativa cogente e dalle linee guida nazionali e regionali, devono essere soddisfatti anche i seguenti.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

#### **Ventilazione della camera iperbarica**

La ventilazione generale della camera iperbarica deve consentire il ricambio di aria di almeno 20l/min per singolo paziente.

Tale ricambio dovrà essere mantenuto quando non è in erogazione ossigeno.

Durante la erogazione di ossigeno la ventilazione forzata dovrà essere mantenuta elevata in modo di garantire che i sensori di ossigeno presenti non superino il 22% neppure puntualmente.

È necessario fissare un doppio set point per l'allarme di concentrazione di ossigeno, il primo quale livello di guardia (22%) e il secondo quale livello di allarme (23%) e arresto dell'erogazione di ossigeno, avvio della ventilazione forzata, avvio del ciclo di arresto dell'impianto.

Ai sensori di ossigeno è asservito un meccanismo automatico di allarme a cui può seguire blocco manuale dell'erogazione dell'ossigeno in maschera e immediata erogazione di aria.

Devono essere posizionate tre sonde con rilevatori indipendenti in tre punti diversi della camera iperbarica per la rilevazione dell'ossigeno.

È presente segnalazione automatica con avvisatore ottico o acustico del verificarsi di differenze fra misure contemporanee nei punti.

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

#### **Manuale d'uso e gestione dell'impianto iperbarico**

##### **Procedure sugli impianti prima e durante l'impiego**

Le procedure di impiego devono prevedere tutti i controlli preliminari degli impianti, le modalità gestionali (pressurizzazione, depressurizzazione, mantenimento) e di registrazione degli eventi.

La terapia iperbarica deve prevedere le seguenti fasi operative da svolgersi all'inizio delle sedute iperbariche e quindi quotidianamente, relative a:

- Operazioni preliminari «esterne»
- Operazioni preliminari «interne»
- Inizio procedure terapeutiche
- Inizio fase di pressurizzazione
- Mantenimento quota terapia
- Inizio fase di depressurizzazione
- Fine fase di depressurizzazione

- Ricondizionamento camera iperbarica
- Inizio nuovo ciclo terapeutico

### **Procedure di intervento in caso d'emergenza**

#### *Emergenza incendio nei locali ospitanti l'impianto iperbarico od in altre zone dell'edificio*

Devono essere previste procedure di intervento in caso di emergenza incendio nei locali ospitanti l'impianto iperbarico od in altre zone dell'edificio che definiscano le modalità e le responsabilità di attivazione da parte del personale preposto al controllo e al coordinamento dell'intervento degli addetti al servizio antincendio.

#### *Innesco di incendio in prossimità od all'interno della camera iperbarica*

Deve essere prevista una procedura che definisca, in caso di innesco di incendio in prossimità od all'interno della camera iperbarica, le modalità e le responsabilità di attivazione da parte del personale preposto al controllo.

### **Emergenze diverse dall'incendio:**

Devono essere previste procedure che definiscono come, il responsabile tecnico informi il responsabile sanitario che deciderà il proseguimento della terapia, in caso di anomalie o malfunzionamenti dei sistemi di analisi percentuale ossigeno, comunicazioni, controlli video, gruppi di compressione e condizionamento, sistema estinzione incendi.

### **Procedure di verifica**

Devono essere previste procedure di verifica dell'impianto.

### **Procedure specifiche di manutenzione e verifica impianto antincendio**

In aggiunta ai periodici controlli tecnici generali dell'impianto iperbarico effettuati dal servizio di manutenzione, devono esistere procedure per la pulizia, lavaggio e disinfezione della camera iperbarica e per la verifica dell'impianto antincendio a pioggia.

Durante la fase di apertura dell'impianto antincendio è necessario verificare il corretto funzionamento della valvola di blocco ossigeno, della valvola di sfiato ossigeno dalla linea e della valvola di apertura passaggio aria.

### **Procedure tecniche**

La prevenzione tecnica di qualsiasi periodicità deve essere documentata (registro delle manutenzioni).

## **Procedure per i pazienti e il personale di assistenza**

Devono essere individuati formalmente il medico responsabile, l'operatore tecnico e il personale di assistenza con per ciascuno indicate le responsabilità e le funzioni.

Devono essere presenti procedure atte a verificare che non siano introdotti nell'area di alloggiamento delle camere fiamme libere ed oggetti caldi, che non siano utilizzati infiammabili all'interno e all'esterno della camera iperbarica, che sia osservato il divieto di fumo in tutta l'area di installazione iperbarica e il divieto di introdurre nell'area sorgenti di radiazione ultravioletta.

Le suppellettili all'interno della camera devono corrispondere ad un elenco specifico. La strumentazione sanitaria introdotta deve essere annotata su apposito registro.

Deve essere osservato il divieto in terapia multipla dell'uso di caschi per la respirazione di ossigeno.

### **Requisiti per le persone (addetti sanitari e pazienti) presenti nella camera**

Deve essere vigilato affinché le persone indossino calzature idonee; anche per continuità elettrica con il pavimento. Tali calzature devono essere fornite dal centro iperbarico. Il personale del centro deve indossare apposito vestiario.

I pazienti devono essere «messi a terra» per quanto concerne la conducibilità elettrica, al fine di limitare quanto più possibile la presenza di cariche elettrostatiche.

Devono essere presenti procedure affinché i pazienti e il personale conoscano le modalità di funzionamento delle maschere per la terapia e la tempistica di erogazione dell'ossigeno, delle maschere ausiliarie, i pazienti conoscano le modalità di intercomunicazione con l'ambiente esterno in caso di emergenza.

Deve essere vigilato affinché il personale conosca le modalità di uso e funzionamento dell'estintore interno alla camera.

### **Requisiti per il personale sanitario e tecnico esterno all'area della camera**

Il personale che opera intorno alla camera deve essere istruito e addestrato in particolare sulle azioni da adottarsi in emergenza e sulle modalità di apertura rapida della camera iperbarica secondo quanto richiesto dal D.L. 626/94, dai Vigili del Fuoco e dall'ISPESL.

### **Requisiti per i pazienti e il personale di assistenza: accesso all'area della camera iperbarica**

I pazienti che necessitano di trattamento al centro iperbarico vengono registrati e hanno accesso a specifico spogliatoio così come pure il personale di assistenza.

I pazienti possono lasciare i loro indumenti in appositi spogliatoi e indossare indumenti forniti dal centro iperbarico oppure possono accedere con indumenti propri realizzati in cotone al 100% e controllati dal responsabile medico della camera.

Gli indumenti forniti dal centro iperbarico devono essere idonei per essere usati in atmosfera modificata.

Particolare attenzione deve essere posta per protesi e altri materiali sintetici che dovranno sottostare a procedura di controllo, da parte del personale indicato quale responsabile individuato.

I pazienti devono potersi liberare da cariche elettrostatiche mediante contatto con punti di connessione alla struttura metallica della camera.

### **Formazione dei pazienti durante la visita clinica**

I pazienti e i loro accompagnatori dovranno seguire preliminarmente al primo trattamento un corso di formazione a cura del responsabile tecnico dell'area o suo delegato, circa i rischi presenti nelle camere iperbariche.

Dovrà essere espressamente fornita informazione anche circa la diversa velocità di combustione di grassi, oli, cosmetici, lacche per capelli, medicinali, metalli particolari (magnesio, leghe particolari,...) in ambiente iperbarico e in presenza di ossigeno affinché gli stessi pazienti provvedano ad evitarne l'uso e in caso contrario a segnalarlo.

Occorre che i pazienti siano sollecitati continuamente a segnalare al personale tutte quelle situazioni dubbie o apparentemente tali.

I pazienti devono essere informati che la procedura di accesso fissa le modalità per fruire del trattamento iperbarico.

I pazienti devono conoscere tutte le fasi delle procedure di emergenza.

I pazienti devono apprendere le modalità con cui verrà effettuato il trattamento (tempi di erogazione, ventilazione d'aria, ricambi d'aria, ....).

Al termine della visita i pazienti ricevono un foglio scritto, predisposto dal centro in cui si sottolinea il rischio di incendio legato alla situazione iperbarica e fornito un elenco esemplificativo di oggetti e sostanze possibili fonti di pericolo.

Viene illustrato il profilo termico collegato al ciclo terapeutico.

Al termine del corso dovrà essere acquisito il consenso del paziente, in particolare sugli obiettivi del trattamento, procedura terapeutica che si utilizza, rischio potenziale di barotrauma, effetti possibili collaterali della terapia.

## **Percorso diagnostico-terapeutico**

Il paziente giunge al centro OTI con la richiesta del medico proponente indicante la proposta terapeutica con le indicazioni al trattamento.

Il medico del centro OTI provvede a sottoporre il paziente a visita specialistica di medicina iperbarica per valutare l'idoneità psico-fisica al trattamento iperbarico confermando l'indicazione e valutando la presenza di possibili controindicazioni assolute o relative.

La visita di idoneità deve fra l'altro:

- Acquisire, in ambito multidisciplinare, le informazioni necessarie alla valutazione clinica del paziente.
- Durante la visita devono essere date al paziente le informazioni più esaurienti sulla modalità della terapia, probabilità dei tempi di durata e si raccoglie il consenso.
- Durante la visita sarà illustrato al paziente il comportamento da tenere prima di accedere alla Camera Iperbarica e verranno date istruzioni sul comportamento da tenere in Camera Iperbarica sia durante i trattamenti d'elezione, sia per fronteggiare un'eventuale emergenza.

Il centro OTI provvede ad aprire, compilare e conservare una cartella clinica per ogni singolo paziente, nella quale siano riportate fra l'altro:

- i dati anagrafici
- l'anamnesi familiare
- la patologica remota e prossima
- l'esame obiettivo
- la copia dei referti degli esami ematochimici e delle indagini strumentali
- l'elenco delle altre terapie in atto

La cartella clinica deve altresì riportare lo schema delle terapie iperbariche già effettuate, una copia del consenso informato, il diario clinico con la documentazione delle eventuali medicazioni eseguite su lesioni trofiche e l'eventuale documentazione fotografica.

### **Attività d'urgenza**

Se il centro di Terapia Iperbarica effettua attività in urgenza, per quanto riguarda l'accesso di pazienti urgenti, deve essere predisposta una «pronta disponibilità» di medici e tecnici nelle ore notturne o festive.

Deve essere previsto il collegamento con il sistema dell'emergenza che allerta il personale reperibile il quale attiva immediatamente il servizio.

L'urgenza deve prevedere l'utilizzo della camera ad uso del «solo» paziente salvo casi eccezionali come ad esempio intossicazione multipla da monossido di carbonio.

## **Ulteriori requisiti organizzativi all'interno dello Stabilimento Ospedaliero o Casa di Cura**

L'organizzazione dell'assistenza anestesiologicala per urgenza ed emergenza deve tener conto della tipologia e della mole di attività complessiva e su tale base si deve concordare con la DS il numero di anestesisti presenti e/o in pronta disponibilità.

Devono esistere procedure o protocolli per l'intervento in caso di urgenze multiple.

Devono essere raccolti dati e indici utili a valutare l'adeguatezza dell'organizzazione che descrivano l'impegno orario, la mole e la frequenza degli interventi in urgenza e delle sovrapposizioni di richieste.

La U. O. di Anestesia deve garantire i livelli qualitativi e la correttezza delle procedure attuate nell'ambito dell'attività della Struttura di appartenenza sulla base di quanto concordato con la DS, in particolare assicurandosi che essi siano adeguati e coerenti con quanto codificato dalle norme di corretta pratica clinica enunciate dalle Società Scientifiche di riferimento.

Devono esistere protocolli di trattamento del dolore (Ospedale senza Dolore).

### **Trattamento dell'emergenza intra-ospedaliera**

Il trattamento dell'emergenza intra-ospedaliera ha come obiettivo quello di minimizzare le morti improvvise evitabili intra-ospedaliere. Il campo di applicazione sono tutte le emergenze biologicamente reversibili nei pazienti, operatori e visitatori presenti nella struttura.

All'interno della Struttura devono essere documentate le modalità del sistema di allerta, della catena dei soccorsi, della logistica tecnico/terapeutica concordate con la DS.

## Acquisizione servizi

### **Servizi**

Per svolgere in modo ottimale le proprie attività, deve poter disporre di una serie di Servizi la cui complessità è funzione del livello della U.O. stessa e che integrano le capacità diagnostiche ed operative specifiche delle U.O. (ad esempio: servizio di NCH, nefrologia con emodialisi, broncoscopia, ecc.)

### **Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Laboratorio Microbiologia**

Devono essere concordati, con il laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento, protocolli per gli esami eseguibili in via ordinaria e per quelli disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7, 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 la Terapia Intensiva devono essere garantite h 24/24 le analisi utili alla valutazione d'urgenza della funzionalità d'organo e di sistema.

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

Per la Terapia Intensiva, il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di eseguire esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobici e anaerobici 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.

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 al laboratorio.

### **Servizio Immunotrasfusionale**

Deve essere disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 una attività immunotrasfusionale che assicuri disponibilità di sangue e suoi derivati.

### **Radiologia**

Deve essere disponibile una Radiologia convenzionale 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, mediante un servizio di guardia attiva o di pronta disponibilità. Qualora sia presente una Terapia Intensiva deve essere garantita la disponibilità di un radiologo e di un tecnico di radiologia.

Analogo schema organizzativo deve essere predisposto per l'esecuzione di esami ecografici.

Si deve poter disporre di TAC 24 ore su 24, 7 giorni su 7.



Si deve poter disporre di Radiologia interventistica, Angiografia e della Risonanza Magnetica mediante servizio disponibile nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

### **Medicina Fisica e Riabilitazione**

Per la Terapia Intensiva e Semintensiva deve essere disponibile una attività di Medicina Fisica e Riabilitazione che assicuri personale tecnico adeguato con particolari competenze per fisioterapia motoria e respiratoria.

### **Specialità Chirurgiche e Specialità Mediche**

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui si opera, o a livello aziendale o a livello regionale, di competenze di natura chirurgica specialistica (Vascolare, Toracica, Neurochirurgia, Cardiocirurgia) e di natura internistica specialistica (cardiologica), accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

## Clinical competence e formazione

Il responsabile dell'U.O. all'atto dell'immissione in servizio del personale, deve verificare in maniera oggettiva e documentata il livello di competenza clinica, prevedendo, ad integrazione delle conoscenze acquisite, un percorso formativo strutturato che renda possibile l'assegnazione di compiti di complessità progressivamente crescente che potrà svolgere in autonomia.

Il responsabile dell'U.O. deve dotarsi di strumenti atti a verificare, in base alle esigenze specifiche ed in ragione dei livelli tecnico-assistenziali che deve garantire, che gli operatori sanitari abbiano le conoscenze e le competenze necessarie ad erogare le prestazioni previste nel rispetto di standard operativi definiti.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) deve essere programmata dalla U.O. secondo quanto previsto a livello nazionale e regionale, in ragione della tipologia e dell'evoluzione delle conoscenze richieste.

Le competenze e conoscenze necessarie allo svolgimento delle attività specifiche possono essere sviluppate con un training formativo adeguatamente strutturato, frequentando corsi accreditati e/o sotto la guida di professionisti di riconosciuta competenza in materia e tenendo conto degli standard qualitativi definiti in base alle indicazioni delle Società Scientifiche di riferimento.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

### **Attività anestesiológica**

Per ogni anestesista può essere individuato uno dei seguenti livelli di competenza:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

L'U.O. deve avere in organico almeno 2 anestesisti in possesso dei livelli 3 o 4 di competenza e comunque deve essere garantita la presenza di competenze in relazione ai compiti assegnati alla U.O. .

Per l'esecuzione di anestesie generali in autonomia in bambini è necessario almeno il livello III di competenza nel settore. Per l'analgesia in autonomia nel parto è necessario almeno il livello III di competenza nel settore.

## Attività di Terapia Intensiva

Per ogni medico può essere individuato uno dei seguenti livelli di competenza:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione (in relazione al livello di complessità della procedura)

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura)

Il medico che opera in Terapia Intensiva (e semintensiva) deve:

- essere in grado di affrontare, diagnosticare e trattare in autonomia le sindromi di pertinenza della rianimazione ed i principali quadri di interesse intensivologico, nonché essere in grado di affrontare le principali situazioni di emergenza sanitaria;
- essere in grado di applicare le principali tecniche di monitoraggio invasivo e non invasivo di parametri cardiologici, emodinamici, respiratori, neurologici, neurofisiologici, metabolici;
- conoscere le principali esigenze organizzative dell'U.O., del Dipartimento e dell'Azienda in cui opera, anche in relazione alle implicazioni bioetiche e legali della pratica medica.

## Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali

In riferimento al livello di complessità e di tipologia della casistica trattata devono essere individuati i processi critici relativamente a: appropriatezza clinico/assistenziale, qualità del prodotto, sicurezza degli operatori e dei pazienti e deve essere monitorato l'utilizzo.

Sono stati identificati quali percorsi critici:

- Percorso del paziente nella fase pre-operatoria
- Percorso del paziente in Sala Operatoria
- Percorso del paziente nella fase post-operatoria

### **Percorso del paziente nella fase pre-operatoria**

Il percorso del paziente nella fase preoperatoria prevede un'adeguata valutazione anestesiologicala, comprensiva di anamnesi ed esame clinico, avvalendosi eventualmente di un questionario di autovalutazione, possibilmente compilato con la collaborazione del medico curante. È necessario che il paziente si presenti alla visita anestesiologicala con l'indicazione all'intervento compilata dal medico curante.

Sulla base di tale valutazione si procede alla prescrizione degli esami strumentali e di laboratorio.

Devono essere utilizzate linee guida per l'uso appropriato degli esami pre-operatori (Agenzia Sanitaria Regionale, Febbraio 1999 – Guidelines for Peri-operative Cardiovascular Evaluation for non Cardiac Surgery ACC/AHA Task Force Report).

Devono essere definiti, a livello aziendale dalle U.O. coinvolte nel processo assistenziale, i profili degli esami di laboratorio e degli esami strumentali indispensabili, per tipologia di intervento e gruppi di pazienti. Il paziente accede alla valutazione anestesiologicala dopo l'effettuazione dei medesimi.

L'uso di appropriati criteri di valutazione pre-operatoria deve permettere di determinare un indice di gravità pre-operatorio per ogni singolo paziente.

La lista operatoria deve contenere informazioni riguardanti:

1. Il paziente (generalità)
2. La diagnosi
3. Il tipo di intervento e durata prevedibile (incluso il nome del 1° Operatore)
4. La posizione operatoria del paziente
5. Le eventuali protesi (cardiache, ortopediche, vascolari) da utilizzare
6. Il tipo di anestesia (incluso il nome dell'Anestesista)
7. Tipo di monitoraggio
8. Emocomponenti richiesti
9. Eventuali indagini diagnostiche intraoperatorie

Le U.O. di Anestesia devono predisporre un piano di lavoro giornaliero.

Deve esistere una procedura, concordata fra le U.O. interessate, per la stesura e la conferma del programma operatorio.

Devono esistere protocolli dettagliati e concordati con le U.O. interessate, riguardanti la preparazione del paziente per ogni tipo di chirurgia. Tali protocolli devono esistere almeno per: tricotomia, prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche, digiuno pre-operatorio, preparazione addominale, profilassi delle tromboembolie polmonari.

Deve essere effettuato il monitoraggio dell'applicazione di tali protocolli.

### **Percorso del paziente in Sala Operatoria**

Ogni Sala Operatoria deve dotarsi di linee-guida atte ad affrontare:

- una intubazione difficile;
- l'allergia al lattice;
- l'ipertermia maligna;

Inoltre, ogni U.O. di Anestesia e Rianimazione deve dotarsi di Protocolli riguardanti:

- l'antibiotico profilassi, concordandone le modalità con le U.O. interessate;
- il livello minimo di monitoraggio, in funzione del tipo di chirurgia e di paziente e della specialità, tenendo conto delle raccomandazioni per il monitoraggio di minima del paziente durante l'anestesia;
- le modalità di accoglienza del paziente in Sala Operatoria (verifica dell'identità, completezza della cartella, consensi).

Devono esistere dei sistemi di controllo al fine di verificare:

- la corretta esecuzione della eventuale pre-anestesia;
- l'adeguata preparazione del paziente all'intervento.

### **Percorso del paziente nella fase post-operatoria**

Devono esistere procedure per il trasferimento del paziente dalla Sala Operatoria, Recovery Room, o dalle sedi in cui si è eseguita una NORA in

- UU.OO. chirurgiche/mediche
- Terapia Intensiva
- Terapia Semintensiva

Tali procedure prevedono una modulistica, che accompagna o precede il paziente nei vari reparti di destinazione, e che deve riportare le note ed i suggerimenti terapeutico-assistenziali per le prime 24 h. post-intervento.

Ogni U.O. di Anestesia deve avvalersi di linee guida/protocolli per il trattamento del dolore post-operatorio.

Il trattamento del dolore post-operatorio deve essere pianificato in rapporto al tipo di intervento.

## **Indicatori per la valutazione della performance della U.O. di Anestesia e U.O. di Terapia Intensiva**

L'UO deve individuare in modo condiviso un protocollo/linea guida/raccomandazione costruite secondo i principi dell'EBM per ciascuna delle seguenti attività:

- valutazione preoperatoria
- profilassi tromboembolia
- standard minimo monitoraggio per le specialità chirurgiche
- controllo analgesia post operatoria
- gestione materiale assistenza respiratoria
- intubazione difficile
- allergia al lattice
- ipertermia maligna
- gestione del paziente in ventilazione meccanica
- prevenzione delle infezioni occupazionali, delle ferite chirurgiche, derivanti dalla gestione dei presidi cardiovascolari, infezioni respiratorie e delle vie urinarie
- utilizzo antibiotici
- danno cerebrale severo
- accertamento di morte celebrale
- prevenzione lesioni da decubito
- alimentazione artificiale, sia enterale che parenterale
- analgesia e sedazione
- ammissione/dimissione pazienti
- valutazione e trattamento degli stati di malnutrizione.

Ogni protocollo, linea guida o raccomandazione deve essere presente, conosciuta e deve essere monitorizzata la loro applicazione.

Inoltre devono essere rilevati i seguenti indicatori.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI ANESTESIA</b>								
1) Interventi chirurgici su pazienti stratificati secondo la classificazione dell'American Society of Anesthesiologists (ASA)	N° interventi chirurgici per singola classe ASA/ N° totale interventi chirurgici *100	N° interventi chirurgici per singola classe ASA stratificati per DRG/ N° totale interventi chirurgici *100	Selezionando gli interventi chirurgici per classe ASA si ottiene un indicatore di attività che serve per valutare il mix di prestazioni (complessità della casistica e assorbimento di risorse dell'U.O.)		U.O. e Aziendale	Registro di sala operatoria e cartellino anestesiologicalo	La valutazione è annuale.	E' un indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali
2) Presenza di un sistema di sorveglianza degli incidenti anestesiologicali	Rilevare l'esistenza del sistema di sorveglianza		E' un indicatore che valuta l'attenzione rispetto alla sicurezza del paziente	Presenza del sistema	Aziendale		Rilevazione a cura di ogni U.O.	E' un indicatore che misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
3) Presenza di documentazione della visita anestesiologicala per la chirurgia d'elezione	Rilevare l'esistenza della documentazione relativa alla visita anestesiologicala per la chirurgia d'elezione	a) In regime ordinario;  b) In Day Surgery	E' un indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica.	Presenza della documentazione nel 100% dei casi	U.O.	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O.  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività)	E' un indicatore che misura la efficienza del processo assistenziale ( il paziente in elezione deve essere ricoverato dopo al valutazione anestesiologicala).
4) Presenza della documentazione del consenso all'anestesia per la chirurgia d'elezione	N° cartelle cliniche contenenti documentazione relativa al consenso all'anestesia per la chirurgia d'elezione/ N° totale cartelle cliniche di chirurgia d'elezione*100		E' un indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme etico/giuridico/deontologiche .	Presenza della documentazione nel 100% dei casi	U.O.	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O.  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività)	In ogni U.O. deve esistere una procedura per la rilevazione del consenso informato. L'assenza del consenso informato in cartella è un segnale di scarsa attenzione ai diritti del paziente oltre che fattore di rischio per le possibili implicazioni giuridico-legali.



<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
5) Presenza di documentazione anestesiologicala contenente il set minimo di dati individuato nei requisiti per l'accreditamento	N°documentazione anestesiologicala completa (contenente il set minimo di dati individuato) / N° documentazione anestesiologicala *100		E' un indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di completezza e di accuratezza della documentazione.	Documentazione completa nel 100% dei casi	U.O.	Cartella clinica e cartellino anestesiologicalo	Rilevazione a cura di ogni U.O.  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività)	
6) Esistenza ed utilizzo di una lista per il controllo giornaliero delle apparecchiature di ventilazione (respiratore)	a) Verifica dell'esistenza della lista;  b) N° controlli giornalieri documentati/N° giornate di attività		E' un indicatore che valuta la qualità della gestione delle attrezzature	a) Presenza della lista;  b) 100%	U.O.		Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività)	Le procedure di controllo garantiscono la disponibilità all'uso delle apparecchiature (efficienza e sicurezza)

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
7) % pazienti sottoposti ad intervento in Day Surgery ricoverati in regime ordinario per cause anestesilogiche	N° Pazienti Day Surgery ricoverati in regime ordinario per cause anestesilogiche/ N° Pazienti sottoposti ad intervento in Day Surgery*100		Indicatore che valuta la qualità della performance anestesilogica	<5%	U.O. e aziendale	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	Indicatore fortemente significativo della necessità di rivedere le procedure anestesilogiche. Può essere utilizzato per percorsi di miglioramento.
8) % pazienti cancellati dalla lista operatoria il giorno dell'intervento per cause anestesilogiche	$\Sigma$ n° pazienti programmati cancellati dalla lista operatoria (il giorno dell'intervento) / $\Sigma$ n° pazienti programmati nel medesimo giorno	a) In regime ordinario;  b) In Day Surgery	Indicatore di processo che valuta l'efficienza dell'organizzazione e la qualità del percorso assistenziale		U.O. e aziendale		Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	La non idoneità è più probabile quando la visita anestesilogica non è sistematicamente effettuata in prossimità dell'intervento.
9) % pazienti con necessità di assistenza anestesilogica postoperatoria oltre 6 ore dall'intervento in Day Surgery	N° pazienti con necessità di assistenza anestesilogica postoperatoria oltre 6 ore dal termine dell'intervento/ N° pazienti sottoposti ad intervento in Day Surgery*100		Indicatore che valuta la qualità della performance anestesilogica		U.O.	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	Indicatore relativo alla possibilità di rimodulare le procedure anestesilogiche. Può essere utilizzato per percorsi di miglioramento.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
10) Sedute operatorie terminate dopo l'orario previsto (>60 minuti)	N° sedute operatorie terminate 60 minuti dopo l'orario previsto/N° sedute operatorie*100		E' un indicatore di processo che valuta la qualità della programmazione delle sedute operatorie		U.O. e aziendale	Registro di sala operatoria.	Rilevazione a carico delle U.O.  Valutazione annuale (almeno sulle sedute di un trimestre)	Indicatore molto specifico. Il prolungamento di molte sedute comporta la necessità dell'analisi delle cause.
11) Sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utenza	Verificare l'esistenza di un sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utenza relativamente alle informazioni ricevute, alla disponibilità del personale, alla gestione del dolore postoperatorio.  N° pazienti che esprimono un giudizio positivo (buono/molto buono)/ N° pazienti trattati		Indicatore che valuta la qualità della assistenza come percepita dagli utenti	Presenza del sistema  80%	Regionale e aziendale	Questionario Qualità Percepita	Indagine periodica (effettuata nei reparti chirurgici e in Day Surgery ) sulla base della programmazione aziendale relativa alla rilevazione della soddisfazione del ricovero ospedaliero  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività) Nella rilevazione può essere utilizzato il	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
							questionario regionale integrato con domande specifiche che riguardano la gestione del dolore post-operatorio.	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>TERAPIA INTENSIVA</b>								
12) Compilazione dello score di gravità (SAPS II) in pazienti con degenza >24 ore	N° cartelle cliniche con compilazione dello score di gravità/ N° totale cartelle cliniche di pazienti con degenza >24 ore		E' un indicatore di processo che relativo alla completezza e accuratezza della valutazione clinica iniziale del paziente	100%	U.O. e aziendale	Cartella clinica	Rilevazione ad hoc a cura di ogni U.O.  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di attività)	
13) Tasso di mortalità in Terapia Intensiva stratificato per fasce di gravità (in base allo score prescelto)	N° di pazienti di specifica fascia di gravità morti in un anno/ N° pazienti di specifica fascia di gravità		Indicatore epidemiologico specifico	Valori medi regionali (a regime)	Regionale e aziendale	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	Permette confronti tra U.O. Permette valutazione di trend
14) Incidenza di infezioni delle basse vie respiratorie in	a) N° nuovi casi di infezione delle basse vie respiratorie in un		a) Indicatore di processo di natura epidemiologica	a) < 9%	U.O. e aziendale	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
pazienti ventilati da almeno 72 ore (VAP)	anno/ N° pazienti ventilati (da almeno 72 ore)*100  b) N° infezioni delle basse vie respiratorie in pazienti ventilati (da almeno 72 ore)/N° giornate di ventilazione*1000		b) Indicatore di performance dell'U.O.				Valutazione annuale	
15) Incidenza di sepsi in pazienti con catetere venoso centrale	a) N° nuovi casi di sepsi in pazienti con CVC in un anno/ N° pazienti con catetere venoso centrale  b) N° infezioni associate a CVC		a) Indicatore di processo di natura epidemiologica  b) Indicatore di performance dell' U.O.		U.O. e aziendale	Cartella clinica,	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FORTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
	/N°giorni con CVC *1000							
16) Incidenza di infezioni delle vie urinarie in pazienti con catetere vescicale	a) N° nuovi casi di infezione delle vie urinarie in pazienti con catetere vescicale in un anno/ N° pazienti con catetere vescicale  b) N° di infezioni associate a catetere vescicale/N° giorni di cateterismo vescicale*1000		a) Indicatore di processo di natura epidemiologica  b) Indicatore di performance dell' U.O.		U.O. e aziendale	Cartella clinica,	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	
17) % pazienti in alimentazione artificiale	N° pazienti in alimentazione artificiale/ N° totale pazienti	a) enterale b) parenterale	Indicatore che valuta la qualità dell'assistenza		U.O.	Cartella clinica,	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	
18) Presenza nella cartella clinica del set minimo di dati individuato nei requisiti per l'accreditamento	a) N° cartelle cliniche contenenti set minimo di dati individuato nei requisiti per l'accreditamento /		E' un indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di completezza e di	Presenza del set minimo di dati individuato nei requisiti per l'accreditamento nel 100% delle cartelle cliniche	U.O.	Cartella clinica	Rilevazione a cura di ogni U.O.  Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sulla base dei volumi di	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
	N° totale cartelle cliniche*100		accuratezza della documentazione.				attività)	
19) % reingressi in Terapia Intensiva	N° pazienti con reingresso entro 48 ore dal trasferimento/N° pazienti trasferiti *100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento		Aziendale  Regionale	Cartella clinica  Banca dati SDO	Rilevazione a cura di ogni U.O. (registro o altro strumento)  Valutazione annuale	Trattandosi di indicatore aspecifico, i risultati devono essere approfonditi



## Indice

Premessa .....	2
Blocco Operatorio.....	5
Recovery room.....	19
Day surgery.....	20
Attività anestesilogiche eseguite non in sala operatoria.....	22
NORA (Non Operating Room Anesthesia) .....	22
Terapia intensiva.....	24
Terapia semintensiva .....	29
Terapia Iperbarica.....	34
Ulteriori requisiti organizzativi all'interno dello Stabilimento Ospedaliero o Casa di Cura.....	39
Acquisizione servizi.....	40
Clinical competence e formazione.....	42
Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali.....	44