

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 1 di 13	

documento utilizzo anestesia

Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1 Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2 Dir. U.O. Anestesia e Rian. Distr. Osp. AG 1 Dir. U.O. Anestesia e Rian. Distr. Osp. AG 2

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	

Data	Atto Formale	Approvazione Aziendale	
		Il Commissario Straordinario	

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 2 di 13	

- Premessa

La *policy* aziendale sull'assistenza del paziente sottoposto ad anestesia locoregionale e/o generale all'interno di un complesso operatorio prevede che lo stesso riceva il trattamento anestesilogico secondo standard qualitativi e di sicurezza coerenti con quanto previsto dagli standard della Joint Commission ASC. 4 - ASC. 5 - ASC. 5.1 - ASC. 5.3 - ASC. 6*.

- Scopo

La politica ha come scopo quello di gestire in maniera appropriata e sicura il paziente da sottoporre ad anestesia. La principale finalità della procedura è quella di pianificare e di controllare tutte le fasi che del processo di anestesia:

- valutazione pre-operatoria
- tecnica di anestesia ideale per il paziente e per la tipologia di intervento chirurgico
- monitoraggio intra-operatorio adeguato
- analgesia post-operatoria efficace
- monitoraggio nel post-operatorio immediato (fase di risveglio in ambiente attiguo alla sala operatoria).

L'educazione/informazione del paziente e dei suoi familiari, nonché l'acquisizione del consenso informato (copia presente in cartella clinica), sono procedure che precedono l'entrata del paziente in sala operatoria e che rientrano nello standard PFR.6.4, EM 2.

Tutte queste procedure saranno documentate nella cartella di anestesia e in documenti ad essa annessi.

- Campo di Applicazione

Il documento si applica a tutti i pazienti da sottoporre a procedure chirurgiche e/o invasive che vengono eseguite nelle sale operatorie di tutti i Complessi Operatori dei cinque Presidi Ospedalieri della nostra Azienda.

Costituisce criterio di esclusione l'esecuzione di interventi chirurgici ambulatoriali; questi verranno inclusi in una successiva revisione del documento.

I destinatari del documento sono:

- Direttori e medici anestesisti delle Strutture di Anestesia e Rianimazione;
- Tutto il personale medico ed infermieristico coinvolto nel processo assistenziale che comprende le fasi pre-operatorie, intra-operatorie e post-operatorie.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 3 di 13</p>	

- Modalità Operative

FASE DI PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

(giorni e/ ore che precedono l'intervento)

- Valutazione pre-induzione
 - *In regime di elezione*

Ogni paziente deve essere sottoposto a visita pre-anestesiologica - ASC. 4

Prima dell'induzione dell'anestesia ogni paziente deve essere sottoposto a rivalutazione da parte dell'Anestesista che lo prende in carico.

Egli dovrà:

- Rivedere tutta la documentazione medica disponibile.
- Raccogliere una rapida anamnesi focalizzata a rilevare eventuali cambiamenti dello stato di salute del paziente dall'ultima visita pre-anestesiologica.
- Assicurarsi che sia stato ottenuto il consenso all'anestesia concordata e che siano stati discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci i rischi, i benefici e le alternative all'anestesia concordata.
- Richiedere eventuali ulteriori accertamenti o procedure se necessari.
- Documentare dettagliatamente ogni cosa sulla cartella clinica o sulla scheda anestesiologica.

- *In regime di urgenza o emergenza*

Considerando i tempi stretti nei quali l'Anestesista deve operare, può accadere che la valutazione pre-anestesiologica venga compiuta in sala operatoria, e comprende perciò la valutazione pre-induzione.

- Pre-medicazione

Consiste nella somministrazione di farmaci prima dell'ingresso in sala operatoria allo scopo di alleviare l'angoscia e di ridurre lo stress relativo alle procedure anestesiologiche che precedono l'intervento stesso. Essa è a discrezione dell'anestesista che prende in carico il paziente e vanno annotati chiaramente sulla cartella clinica: dosi e tempi della sua somministrazione.

Se effettuata all'arrivo in pre-sala operatoria, e quindi con farmaci o dosaggi di questi capaci di deprimere le funzioni cardio-respiratorie, il paziente deve essere monitorato (PAS, ECG, Sat.% O₂).

FASE INTRAOPERATORIA

(dall'ingresso del paziente in sala operatoria fino al risveglio)

- **Identificazione del paziente, sito chirurgico e procedura chirurgica** e di tutta la documentazione sono già inseriti nel documento per la gestione della chirurgia sicura - **IPSG. 4.**
- **Preparazione paziente**
- **Checklist Chirurgica** in formato cartaceo e deve essere corredate di data, orario e firma apposta dall'operatore che ha effettuato la verifica. Alla fine della procedura tutta la documentazione deve essere archiviata in cartella clinica.
- **Etichette siringhe o Farmaci:** al fine di ridurre uno degli errori più comuni in ambiente ospedaliero, tutte le siringhe riempite devono apporre l'etichetta e/o codice colore riportante il nome del farmaco e la concentrazione, secondo quanto previsto nel documento SIAARTI13. Tra i farmaci vanno considerati farmaci - salvavita l'atropina e l'efedrina, l'adrenalina e la noradrenalina devono essere prontamente reperibili e preparati preventivamente in caso di urgenza e/o di pazienti emodinamicamente instabili.
- **Linee guida digiuno:** prima di procedere a qualsiasi tipo di tecnica anestesiologica in elezione, sedazione e/o anestesia generale, bisogna accertarsi che il paziente sia a digiuno. Durante la visita pre-anestesiologica il paziente viene educato circa il tempo necessario che deve trascorrere tra l'ingestione dei diversi tipi di alimento, liquidi chiari e/o cibi solidi. In cartella di anestesia viene riportata la presenza di stomaco vuoto o meno e l'ora dell'ultimo pasto.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 – 5.3 - 6 Pagina 4 di 13	

- **Monitoraggio intraoperatorio:** la società Italiana di Anestesia e Rianimazione (SIAARTI - allegato), ha redatto delle raccomandazioni di minima circa il monitoraggio a cui i pazienti devono essere sottoposti. Ogni paziente a seconda dello stato ASA in cui si trova e a seconda del tipo di chirurgia a cui viene sottoposto, necessita di un differente tipo di monitoraggio più o meno invasivo che viene pianificato nei giorni precedenti. Tutti i parametri rilevati (ossigenativi, emodinamici, termici, di trasmissione neuromuscolare ecc..) devono essere riportati nella cartella di anestesia e devono corrispondere all'orario in cui sono valutati 1-4.
- **Gestione vie aeree:** si rimanda alle linee guida SIAARTI per la gestione delle vie aeree difficili⁹.
- **Cartella di anestesia:** tutte le procedure devono essere documentate nella cartella di anestesia che deve prevedere la registrazione dei documenti relativi alle tre fasi pre- intra e post-operatoria⁶.

A) Valutazione pre-operatoria

Devono essere riportati in cartella:

l'anamnesi patologica prossima e remota compresa la terapia farmacologica che il paziente assume;

l'anamnesi anestesiológica;

l' esame obiettivo;

gli esami di laboratorio e diagnostici;

lo stato ASA;

le disposizioni preoperatorie (calze elastiche, premedicazione, profilassi anti-allergica);

il tempo del digiuno.

B) Valutazione intra- e post-operatoria

Prima dell'induzione dell'anestesia deve essere effettuata una rivalutazione del paziente che deve essere documentata in cartella insieme al piano di anestesia concordato; Devono essere riportati in cartella:

Tutti i parametri monitorati durante la procedura ad intervalli di tempo prestabiliti (per es. ogni 5 min) fino alla dimissione del paziente in reparto,

Deve essere riportato il dosaggio di tutti i farmaci e l'orario di somministrazione;

La qualità (cristalloide, colloide, emocompenete) e la quantità dei liquidi infusi e l'orario;

La tecnica di anestesia utilizzata;

Eventi inusuali che sono accaduti durante la procedura;

Tecniche particolari utilizzate (es. intubazione con FBS);

Lo stato del paziente a fine anestesia e l'orario di trasferimento in reparto riportando anche gli ultimi parametri¹⁻⁴.

FASE POSTOPERATORIA

(dalla sala di risveglio al trasferimento in reparto)

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

Questa area deve essere approvata dai Direttori delle UU.OO. Anestesiologiche ed organizzata da un apposite figure medico ed infermieristico.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 5 di 13	

A fine intervento, il paziente viene trasportato nella sala di risveglio da un membro dello staff anestesilogico che è a conoscenza delle condizioni cliniche del paziente stesso. Durante il trasporto, il paziente deve essere costantemente valutato clinicamente e se le condizioni lo richiedono deve essere utilizzato un adeguato monitoraggio¹⁰⁻¹².

- **Procedura in Sala di Risveglio.** Se l'anestesista che ha effettuato l'anestesia non può personalmente assistere il paziente durante la fase di osservazione post-operatoria dovrà fornire al personale qualificato che effettuerà i controlli tutte le informazioni cliniche necessarie nonché le indicazioni sul tipo di sorveglianza e/o assistenza più opportune.

Il personale qualificato addetto alla sorveglianza postoperatoria deve essere in grado di riconoscere precocemente la destabilizzazione delle funzioni vitali e fornire assistenza opportuna in attesa dell'arrivo del medico-anestesista.

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

Monitoraggi clinici

- Respiratori (ossigenazione, frequenza respiratoria, ampiezza e simmetria delle escursioni toraciche)
- Cardiocircolatori (frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistemica)
- Neurologici (stato di coscienza, riflessi di protezione delle vie aeree quali tosse e deglutizione, orientamento temporo-spaziale, esecuzione di ordini semplici)
- Neuromuscolari (stringere la mano, alzare la testa e muovere gli arti)
- Colorito cute e temperatura corporea
- Diuresi (in presenza di catetere vescicale)
- Analgesia
- Controllo di eventuali drenaggi
- Controllo emogasanalitico, ove necessario
- Sorveglianza di accessi vascolari ed eventuale cambio di medicazione

Monitoraggi strumentali

- Pulsossimetria
- Elettrocardiogramma (ECG a 3 o 5 derivazioni)
- Monitoraggio della pressione arteriosa in cuneata o cruenta laddove vi sia un catetere arterioso già posto in sede
- Impiego di devices (attivi e passivi) per garantire la normotermia. Il paz non dovrebbe mai essere dimesso dalla sala di risveglio finchè non abbia raggiunto lo stato di normotermia o se sono presenti segni di ipotermia.

Questi dati debbono essere annotati sulla cartella di anestesia oppure sulla stessa cartella clinica del paziente o su una cartella apposita da allegare alla documentazione sanitaria dello stesso.

Deve essere incoraggiato l'uso di un appropriato system scoring per ciascun paziente, a intervalli regolari durante l'osservazione e al momento della dimissione.

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

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

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 6 di 13	

Le informazioni cliniche e strumentali relative al paziente durante la fase di risveglio (condizioni preoperatorie, il decorso anestesiológico/chirurgico e le condizioni post-operatorie al momento del trasferimento al reparto di degenza), le eventuali prescrizioni, l'ora delle dimissioni ed il nome del sanitario che ha prestato l'assistenza e ne ha deciso il trasferimento devono essere annotate sulla cartella di anestesia o su altro supporto cartaceo e/o informatico 10-12.

Requisiti tecnologici della sala di risveglio

Nell'area adibita a post-operatorio sono raccomandate le seguenti apparecchiature

- Monitor ECG e defibrillatore
- Sistemici O₂ (flussimetria, umidificatore, maschere)
- Strumentazione per la gestione delle vie aeree
- Sistemi di aspirazione
- Pulsossimetria
- Termometri
- Pompe da infusione a siringa

Tempo minimo di osservazione in S.O o sala di risveglio

- 30 minuti: interventi inferiori a 1 ora o per anestesi loco-regionali e sedazioni
- 60 minuti: tutti gli altri interventi

L'anestesista assisterà il risveglio del paziente in S.O. oppure nella sala di risveglio attenendosi alle disposizioni precedentemente riportate.

Se il paziente, dopo i tempi minimi di osservazione, **non rientra nei criteri di dimissibilità** nel reparto di provenienza, il medico anestesista valuta l'indicazione al trasferimento in Terapia Intensiva.

Matrice di Responsabilità

Figure responsabili	Anestesista	Infermiere di anestesia
Valutazione pre-induzione	R	C
Induzione anestesia	R	C
Mantenimento Anestesia	R	C
Risveglio	R	C
Dimissione	R	C

- Indicatori e monitoraggio

1. *Indicatori*: Verifica periodica delle cartelle cliniche dei pazienti sottoposti ad anestesia, che andranno registrate su apposito registro corredato da etichetta identificativa del paziente e delle check list.
2. *Monitoraggio*: La verifica del rispetto del protocollo in oggetto verrà effettuata ogni 6 mesi

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 – 5.3 - 6 Pagina 7 di 13	

ASC. 4 - Dato che l'anestesia comporta un livello di rischio elevato, la sua somministrazione è pianificata con attenzione.

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

- selezionare il tipo di anestesia e pianificare il trattamento anestesilogico;
- somministrare in sicurezza l'anestetico appropriato;
- interpretare i risultati del monitoraggio del paziente.

Un anestesista o un altro professionista qualificato effettua la valutazione preanestesiologica.

La valutazione preanestesiologica può essere eseguita qualche tempo prima del ricovero ospedaliero o della procedura chirurgica oppure poco prima dell'intervento chirurgico come succede nelle emergenze e per le pazienti di ostetricia.

La valutazione pre-induzione è distinta dalla valutazione preanestesiologica, in quanto si concentra sulla stabilità dei parametri fisiologici e sulla idoneità del paziente all'anestesia immediatamente prima dell'induzione di anestesia.

In caso di somministrazione di anestesia per una procedura d'emergenza, la valutazione preanestesiologica e la valutazione pre-induzione possono essere eseguite in rapida successione o in contemporanea, ma sono comunque documentate l'una separata dall'altra.

Elementi Misurabili

1. Per ciascun paziente viene effettuata una valutazione preanestesiologica.
2. Viene eseguita a parte una valutazione pre-induzione allo scopo di rivalutare il paziente immediatamente prima dell'induzione di anestesia.
3. Le due valutazioni sono eseguite da un professionista qualificato in tal senso.
4. Le due valutazioni sono documentate in cartella clinica.

ASC .5 - Il trattamento di anestesia è attentamente pianificato e documentato nella scheda anestesilogica. Il piano di cura anestesilogico prende in considerazione le informazioni rilevabili dalle altre valutazioni del paziente e identifica il tipo di anestesia da praticare, il metodo di somministrazione, altri farmaci e infusioni, le procedure di monitoraggio e il trattamento previsto per il decorso post-anestesia.

Elementi Misurabili

1. Il trattamento *anestesilogico* di ciascun paziente è pianificato.
2. Il piano di cura anestesilogico è documentato.

ASC. 5.1 - Il processo di pianificazione dell'anestesia prevede anche l'educazione del paziente, dei suoi familiari o di chi ne fa le veci sui rischi, i benefici e le alternative associati al tipo di anestesia e di analgesia postoperatoria programmate. Il colloquio avviene nell'ambito del processo per l'acquisizione del consenso all'anestesia (compresa la sedazione moderata e profonda), così come richiesto dallo standard PFR.6.4, EM 2. L'anestesista o un professionista qualificato provvede ad informare il paziente.

Elementi Misurabili

1. Il paziente, i suoi familiari e chi ne fa le veci sono informati ed educati sui rischi, i benefici e le alternative dell'anestesia. (Vedere anche **PFR. 6.4, EM 2**)
2. L'anestesista o un altro professionista qualificato provvede a educare il paziente.

ASC. 5.2 - Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesilogica sono registrati nella scheda anestesilogica del paziente.

Elementi Misurabili

1. Il tipo di anestesia praticato è documentato nella scheda anestesilogica del paziente.
2. La tecnica anestetica utilizzata è documentata nella scheda anestesilogica del paziente.
3. L'anestesista e l'infermiere di anestesia e/o l'infermiere professionale che lo assiste sono identificati nella scheda anestesilogica del paziente.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 8 di 13</p>	

ASC. 5.3 - Il monitoraggio dei parametri fisiologici fornisce informazioni attendibili sullo stato del paziente durante la somministrazione di anestesia (generale, spinale e regionale) e nella fase di risveglio. I metodi di monitoraggio dipendono dalle condizioni pre-anestesia del paziente, dalla scelta del tipo di anestesia e dalla complessità dell'intervento chirurgico o della procedura eseguiti in anestesia. In ogni caso, il monitoraggio complessivo durante l'anestesia è un processo continuo, i cui risultati sono registrati nella cartella clinica del paziente.

Elementi Misurabili

1. La politica e la procedura definiscono il tipo di monitoraggio minimo e la frequenza minima del monitoraggio durante l'anestesia, i quali sono uniformi per le tipologie di pazienti simili sottoposti a un'anestesia simile indipendentemente dal luogo di erogazione dell'anestesia. (Vedere anche **AOP. 2, EM 1-3**)
2. Lo stato fisiologico del paziente è monitorato in base alla politica e alla procedura durante la somministrazione di anestesia. (Vedere anche **AOP. 2, EM 1 e 2**)
3. I risultati del monitoraggio sono registrati nella scheda anestesiologicala del paziente.

ASC. 6 - Il monitoraggio durante l'anestesia fornisce le basi per il monitoraggio durante la fase di risveglio postanestesia. La raccolta continua e l'analisi sistematica dei dati sulle condizioni del paziente durante il risveglio supportano le decisioni sul trasferimento del paziente presso altri reparti e in unità meno intensive. La registrazione dei dati del monitoraggio fornisce la documentazione a supporto delle decisioni di dimissione del paziente.

La dimissione dall'area di risveglio post-anestesia o la cessazione del monitoraggio relativo alla fase di risveglio avviene in uno dei seguenti modi:

- a) Il paziente viene dimesso (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) da un anestesista qualificato o da un altro operatore autorizzato dal responsabile della gestione dei servizi di anestesia.
- b) Il paziente viene dimesso (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato) da un infermiere o da un operatore analogamente qualificato sulla base dei criteri post-anestesia elaborati dai leader dell'ospedale e in cartella clinica vi sono le evidenze del raggiungimento di tali criteri.
- c) Il paziente viene dimesso in un reparto designato per l'assistenza post-anestesia o post-sedazione di pazienti selezionati, come ad esempio un'unità di terapia intensiva cardiovascolare o un'unità di terapia intensiva neurochirurgica. L'ora di ingresso e l'ora di uscita dall'area di risveglio postoperatorio (o di cessazione del monitoraggio relativo alla fase di risveglio) sono registrate.

Elementi Misurabili

1. Il monitoraggio del paziente *durante la fase di risveglio post-anestesia viene eseguito in conformità alla politica ospedaliera.* (Vedere anche **AOP. 2, EM 3**)
2. I dati del monitoraggio sono documentati in cartella clinica *tramite registrazione manuale (per iscritto o a computer) o informatizzata (esempio: tracciato).*
3. Il paziente viene dimesso dall'area di *post-anestesia (oppure il monitoraggio relativo alla fase di risveglio viene terminato)* secondo una delle alternative descritte ai punti a) – c) dell'intento.
4. L'ora di inizio della fase di risveglio e l'ora di fine della fase di risveglio sono registrate in cartella clinica.

	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 9 di 13</p>	

- Bibliografia

1. Eichhorn JH et al.: "Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School". JAMA; 256 (8):1017-20, 1986.
2. American Society of Anesthesiologists. "Standards for basic intra-operative monitoring. ASA". Newsletter, 50:12, 1986.
3. European Academy of Anaesthesia. "International Task Force on Safety in Anaesthesia". Eur J Anaesth; 10:1-44, 1993.
4. SIAARTI: "Recommandations for basic anesthesia monitoring". Minerva Anesthesiol.; 63 (9) :267 – 70, 1997.
5. American Society of Anesthesiology task force on preoperative fasting. "Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacological agents to reduce the risk of pulmonary aspiration". Anesthesiology; 90:896-905, 1999.
6. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: "Guidelines for completing the perioperative anesthesia record". Minerva Anestesiologica; 68 (12): 879-904, 2002.
7. Levati A, Bevilacqua L, Torri G, Tufano R: "Error in medicine". Minerva Anestesiologica; 72:881-90, 2006
8. Ferrari LR, Rooney FM, Rockoff MA.: "Preoperative fasting practices in pediatrics". Anesthesiology; 90:978-80, 1999.
9. Gruppo di Studio SIAARTI - Vie Aeree Difficili: "Recommendations for airway control and difficult airway management". Minerva Anestesiologica; 71 (11): 617-57, 2005.
10. Gruppo di Studio SIAARTI per la sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: "Raccomandazioni per la sorveglianza post-anestesiologica". Minerva Anesthesiol; 63 (9) 275-278.
11. "Analisi a confronto delle linee guida riguardanti la gestione della Recovery Room". Minerva Anesthesiol; 67 (7-8) 563-571
12. "Practice Guidelines for Postanesthetic Care". Anesthesiology; 96: 742-52, 2002.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 10 di 13</p>	

FAST-TRACK CRITERIA
(White, 1998)

Allegato 1

1. Livello di coscienza

Sveglio e orientato	2
Risvegliabile con minima stimolazione	1
Responsivo solo allo stimolo dolorifico	0

2. Attività motoria

Muove tutti gli arti volon. o comando	2
Muove gli arti debolmente	1
Non muove gli arti al comando	0

3. Emodinamica

PAS +/- 15% rispetto al pre-operatorio	2
PAS +/-30% rispetto al pre-operatorio	1
PAS +/- 50% rispetto al pre-operatorio	0

4. Stabilità respiratoria

Respira profondamente	2
Tachipnoico con buona tosse	1
Dispnoico con scarsa tosse	0

5. Sat% O₂

> 90% in aria ambiente	2
Richiede O ₂ per mantenere SaO ₂ > 90%	1
< 90% anche con O ₂	0

6. Analgesia

Dolore lieve o assente	2
Dolore moderato /forte ma controllato con analgesici ev	1
Dolore forte persistente	0

7. PONV

Lieve o nessuna nausea, no vomito	2
Vomito transitorio	1
Nausea/vomito moderato/severo e persistente	0

Totale punti 14

**> 12 (con nessun score meno di 1 in ciascuna categoria): PAZ. PUO' ESSERE TRASFERITO NEL
REPARTO DI PROVENIENZA**

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 11 di 13	

Allegato 2

ALDRETE SCORE MODIFICATO

Attività motoria volontaria o su comando

2 – solleva la testa, stringe la mano con forza, muove tutti gli arti

1 – stringe la mano debolmente, muove solo due arti

0 – nessun movimento

Stato di coscienza

2 – completamente sveglio

1 – risvegliabile con la chiamata

0 – nessuna risposta

Funzione cardiocircolatoria

2 – pressione arteriosa entro $\pm 20\%$ del valore abituale

1 – pressione arteriosa entro $\pm 30\%$ del valore abituale

0 – pressione arteriosa $\pm 40\%$ e più del valore abituale

Funzione respiratoria

2 – esegue respiri profondi e tossisce senza difficoltà

1 – dispnea o limitazione respiratoria

0 – frequenza respiratoria $< 8/\text{min}$

Colorito (mucose - letto ungueale) e SpO₂

2 – roseo / SpO₂ $> 92\%$ in aria

1 – mazzato, pallido / necessità di O₂ per avere una SpO₂ $> 92\%$

0 – cianotico / SpO₂ $< 92\%$ con 2

Il paziente è dimissibile con un punteggio ≥ 9 o al ripristino totale delle condizioni precedenti alla sedazione

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 12 di 13	

TEMPI di ATTUAZIONE

Il presente documento entra in vigore a partire dal _____.

La procedura si applica:

- a tutto il personale operante nel Complesso Operatorio
- a tutto il personale sanitario ed infermieristico UU.OO. Anestesia e Rianimazione

La presente procedura sarà consultabile nell'Ufficio:

- Responsabile Complesso Operatorio,
- Direttori UU.OO. Chirurgiche di degenza e cura
- Direttore U.O. di Anestesia e Rianimazione
- Coordinatore Infermieristico UU.OO. di degenza chirurgica
- Coordinatore Infermieristico U.O. Anestesia e Rianimazione
- Resp. *Clinical Risk Management*
- Direzione Sanitaria di Presidio

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ASC. 4 - 5 - 5.1 - 5.2 - 5.3 - 6 Pagina 13 di 13</p>	

Lista di distribuzione
Direttore U. O. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ai sanitari
Coordinatore Infermieristico U.O. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali
Direttori UU.OO. Chirurgiche del Presidio Ospedaliero di pertinenza
Responsabile Complesso Operatorio Presidio Ospedaliero di pertinenza
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 1
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 2
Direzione Sanitaria di Presidio di pertinenza