

MEDICINA PERIOPERATORIA



SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO / PROFESSIONALE FASE PRE-OPERATORIA

Bologna, 14 Gennaio 2010

1. Le Motivazioni alla Sperimentazione.....	3
2. Il Processo Perioperatorio.....	6
3. La sperimentazione della fase pre-operatoria.....	7
4. Bibliografia di Riferimento	16
5. Allegati	16

A cura del gruppo di lavoro:

Trenti I	Direttore Generale	AOSMN Reggio Emilia	Responsabile Progetto
Fanelli G	Anestesista	Università di Parma	Direttore Scientifico

Barbieri W	Chirurgo ORL	AOSMN Reggio Emilia
Bernardi MP	Direzione Sanitaria	AOUN Parma
Bonarelli S	Anestesista	IOR
Carollo D	Direzione Infermieristica	Ausl Imola
Davoli S	Infermiere Responsabile BO	AOSMN Reggio Emilia
De Palma A	Medico Legale	Ausl Modena e DG Sanità e Pol. Soc.li
Emili E	Chirurgo Urologo	Ausl Imola
Magi B	Medico Direzione	Assessorato Sanità
Melotti R	Area Governo Clinico	ASSR
Pistilli A	Anestesista	AOSMN Reggio Emilia
Rossi G	Anestesista	Ausl Imola
Sarli L	Direttore CL Infermieristica	Università Parma
Solinas S	Infermiera Coordinatore	AO Parma
Spagnoli GB	Direttore Sanitario	Ausl Imola
Valmori V	Direzione Medica PO	Ausl Cesena

1. Le Motivazioni alla Sperimentazione

Fattori
determinanti la
necessità di
cambiamento

Molti sono i fattori che negli ultimi anni stanno determinando un rilevante impatto sull'organizzazione delle aree chirurgiche, in particolare dei blocchi operatori. L'innalzamento dell'età media della popolazione, l'incremento costante degli interventi chirurgici, la progressiva riduzione della durata di degenza pre-post operatoria, il contenimento dei tempi di attesa per gli interventi, le sedute protratte, il potenziamento dei percorsi extraospedalieri, i rapidi progressi della tecnologia di supporto, rappresentano un insieme di fenomeni che possono rappresentare delle criticità attorno alle aree operatorie. Tali fenomeni devono essere presidiati e ricondotti ad un governo unitario, secondo una logica di processo di assistenza perioperatoria, per permettere un maggior controllo dei fattori di rischio, delle condizioni di sicurezza, garantendo allo stesso tempo maggiore continuità assistenziale e di presa in carico del paziente. Il ricorso sempre più frequente alla chirurgia ambulatoriale o al modello di day surgery, richiede inoltre di rivedere e modulare l'offerta dei programmi operatori, sviluppando processi di dimissione precoce, programmi e interventi di educazione terapeutica di preparazione all'auto-cura, programmi di continuità assistenziale per affidare il paziente ai servizi territoriali per le attività di riabilitazione e di assistenza a domicilio.

Nell'ambito delle aree chirurgiche e dei blocchi operatori della nostra regione, si registrano importanti attività di sviluppo e di innovazione tecnologica, che comporteranno inevitabilmente ad una diversa modulazione dell'offerta nei confronti di una popolazione di pazienti che presenta bisogni assistenziali mutati e sempre più complessi.

Si osservano invero fenomeni importanti di turn-over del personale di assistenza, indicatore di fatto di un ambiente di lavoro con presenza di significativi fattori di stress e pressione lavorativa, in palese contraddizione con la necessità di garantire gli alti livelli di sicurezza, di qualità delle prestazioni, oltreché di competenza. Tutti questi elementi stanno impattando sull'organizzazione dei servizi in modo significativo; le Organizzazioni Sanitarie di contro stanno reagendo con la messa in essere di azioni di miglioramento e di implementazione dei loro processi produttivi, anche alla luce delle più aggiornate evidenze scientifiche e tecnologiche del settore.

Il progetto che si intende sperimentare si inserisce in questo contesto di implementazione e di innovazione che le Aziende Sanitarie stanno promuovendo, in particolare per favorire, secondo la logica dei programmi di miglioramento della qualità, l'implementazione dell'assistenza perioperatoria sotto il profilo della sicurezza, della presa in carico del paziente, della continuità delle cure perioperatorie (dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio, dalla degenza al blocco operatorio e dal blocco operatorio alla degenza di diversa intensità), dell'approccio unitario alla risposta clinico-assistenziale del processo perioperatorio, dello sviluppo di processi di integrazione professionale. In relazione a questo ultimo aspetto, il progetto intende mettere in sperimentazione, nel rispetto reciproco delle competenze e delle responsabilità dei diversi professionisti, modalità integrate di erogazione delle attività sanitarie previste nel processo di assistenza perioperatoria, alla luce anche dei nuovi assetti giuridici attribuiti alle professioni sanitarie non mediche. In realtà europee ed americane l'organizzazione dell'attività

perioperatoria, ed in particolare dei blocchi operatori, si basa su modelli che prevedono l'utilizzo della risorsa infermieristica e tecnica in modo avanzato, facendo esercitare competenze che in Italia sono svolte ancora esclusivamente da personale medico e che possono essere attribuite con l'attuale regime ordinistico anche al personale infermieristico.

Il modello "fast track surgery" permette di processare trattamenti chirurgici con la partecipazione attiva dell'infermiere responsabilizzato sull'esecuzione di parte dei processi di cura.

Nella comunità scientifica è frequentemente utilizzato il termine "Nursing perioperatorio" come la dimensione di assistenza che comprende tutte le fasi dell'esperienza chirurgica del paziente dai percorsi pre - intra - post-operatori.

Il campo specifico dell'assistenza infermieristica perioperatoria include un'ampia varietà di funzioni assistenziali associate con l'esperienza chirurgica dell'assistito che negli altri sistemi sanitari sono fortemente integrate con le prestazioni mediche.

La modifica degli assetti giuridici dei profili delle professioni sanitarie, come quella infermieristica, rappresenta un'interessante opportunità per avviare programmi di innovazione nei processi di assistenza.

Il Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n° 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo *profilo professionale dell'infermiere*" definisce la specificità del campo di azione dell'infermiere e cioè l'assistenza infermieristica; individua l'infermiere come responsabile dell'assistenza generale infermieristica e specialistica e ne definisce le funzioni autonome che gli sono attribuite. Tra le competenze del profilo sono indicate competenze nell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona, di pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale; sono indicate inoltre competenze nel partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, competenze nel garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, competenze nell'agire sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali.

La Legge 26/02/1999, n° 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", all'art. 1 sancisce che la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" è sostituita dalla denominazione "*professione sanitaria*"; al secondo comma riporta, oltre all'abrogazione del mansionario dell'infermiere (DPR 225/1974), l'affermazione che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (infermieristiche, tecniche e della riabilitazione, di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502) è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, dagli specifici codici deontologici.

La Legge 10/08/2000, n° 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", all'art.1 definisce che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici

Modifica al
contesto
giuridico delle
professioni
sanitarie

deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". La legge inoltre invita lo Stato e le Regioni a promuovere "...la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quella degli altri Stati dell'Unione Europea".

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito dei programmi di innovazione e ricerca, ha accolto la richiesta di alcune organizzazioni sanitarie di lavorare su sperimentazioni di modelli organizzativi nell'ambito dell'assistenza perioperatoria.

Obiettivi del Progetto

Il progetto pertanto intende sperimentare se modelli organizzativi diversi dagli attuali presenti nell'assistenza perioperatoria possono contribuire a:

- ✓ Implementare il livello di sicurezza del processo perioperatorio.
- ✓ Migliorare l'offerta di assistenza perioperatoria in relazione ai livelli di qualità percepita e attesa del cittadino.
- ✓ Migliorare le dimensioni di integrazione tra la Ospedaliere e la Rete dei servizi territoriali.

il progetto intende inoltre sperimentare l'uso di competenze avanzate per alcuni professionisti, in particolare il personale infermieristico, facilitando così l'individuazione del "core competence" che potrebbe essere messo in gioco nel processo assistenziale dai diversi professionisti. Sulla base del "core competence" sarà possibile individuare un "core curriculum" necessario per la costruzione di percorsi di formazione complementare specialistica, da attivare in collaborazione con l'Università, per l'ingresso del personale nell'area perioperatoria. Sarà inoltre possibile costruire un portfolio come strumento per valutare le competenze in ingresso che possiede il personale di assistenza nel momento in cui accede al perioperatorio.

Il processo perioperatorio è estremamente complesso ed articolato e la sperimentazione non può essere praticata contemporaneamente su tutti i segmenti delle attività assistenziali. Si è deciso pertanto di sviluppare la sperimentazione per gradi e in relazione alle fasi del processo perioperatorio ormai riconosciute da tutta la comunità scientifica: il pre-operatorio, l'intra-operatorio, il post-operatorio.

Nel 2009 gli obiettivi della sperimentazione saranno quelli di:

- ✓ Conoscere esperienze realizzate in altri contesti internazionali sulla medicina perioperatoria coinvolgendo i diversi professionisti interessati.
- ✓ Sperimentare lo studio di fattibilità del modello organizzativo individuato per la fase pre-operatoria, da parte di un gruppo di Aziende Sanitarie che sono state individuate dalla sperimentazione.

Risultati attesi

Il gruppo di sperimentazione si prefigge di ottenere i seguenti risultati:

- ✓ Verificare se modelli di medicina perioperatoria praticati in altri contesti internazionali possono essere trasferiti nel contesto delle organizzazioni sanitarie della Regione con i dovuti aggiustamenti
- ✓ Verificare se tali modelli possono concorrere al miglioramento continuo, sotto il profilo della sicurezza, dell'efficacia e dell'efficienza, delle prestazioni perioperatorie, nonché dei processi di integrazione tra i professionisti.
- ✓ Elaborare un modello standardizzabile di informazioni necessarie

- all'acquisizione del consenso informato
- ✓ Implementare programmi di appropriatezza nella prescrizione delle indagini pre-operatorie
- ✓ Indagare se il modello di assistenza perioperatoria che si sperimenterà soddisfa maggiormente l'utenza in termini di qualità percepita
- ✓ Produrre un profilo di competenze professionali avanzate in particolare per la funzione assistenziale per sperimentare processi di verifica in ingresso del personale con la valutazione del loro portfolio di competenze.
- ✓ Realizzare programmi di formazione complementare per infermieri in area perioperatoria con la collaborazione dell'Università.

2. Il Processo Perioperatorio

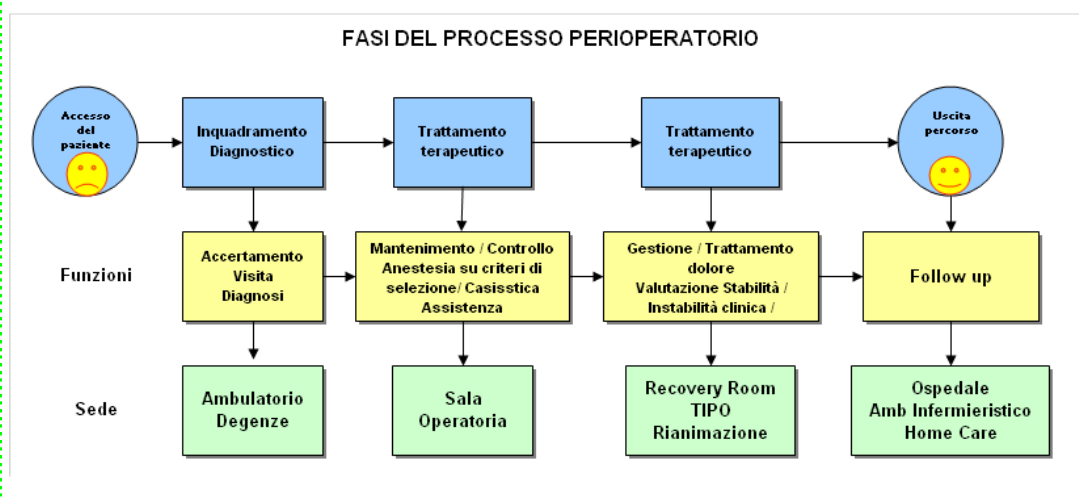
Fasi del processo perioperatorio

Il gruppo di progetto si avvale per lo studio e l'analisi delle attività perioperatorie della metodologia di analisi per processo. Una lettura dell'organizzazione secondo una logica di processo, aiuta ad identificare la sequenza delle prestazioni e degli atti assistenziali, ad osservarli sotto il profilo delle relazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, a mettere in evidenza gli elementi di sovrapposizione o di discontinuità, le attività e gli ambiti di responsabilità dei singoli attori coinvolti. Questa metodologia consente di individuare aree su cui intervenire per migliorare il processo, di configurare un modello con gli elementi utili e necessari per poterlo replicare in contesti diversi, ovvero per essere di riferimento logico-concettuale e metodologico per le realtà che volessero a loro volta sperimentare.

Il processo Perioperatorio è stato mappato nelle seguenti fasi:

- ✓ **Accesso del paziente,**
- ✓ **Inquadramento diagnostico,**
- ✓ **Trattamento terapeutico,**
- ✓ **Monitoraggio,**
- ✓ **Follow-up, Uscita dal percorso.**

Lo schema seguente relaziona le principali funzioni assistenziali le fasi del processo perioperatorio e i contesti entro cui si realizzano



3. La sperimentazione della fase pre-operatoria

Il Modello da sperimentare

La fase pre-operatoria rappresenta un momento importante per la corretta impostazione e valutazione di programmi perioperatori, in quanto è caratterizzata da azioni valutative volte a definire il livello di complessità della procedura chirurgica, e le condizioni cliniche del paziente, la classe di rischio anestesiológico e la scelta della tecnica anestesiológica.

Ai fini della sperimentazione, in questo segmento del processo, il gruppo di studio ha mappato in ragione della complessità dell'intervento e delle condizioni di salute del paziente, tre percorsi (vedi flow-chart pag 10). Si prevede di sperimentare, nell'ambito di uno studio di fattibilità con le Aziende Sanitarie regionali individuate per la sperimentazione, processi di presa in carico e valutazione integrati. Si metteranno in sperimentazione competenze avanzate dell'infermiere per l'assistenza perioperatoria:

l'infermiere con competenze avanzate parteciperà attivamente alle azioni di valutazione multidimensionale, funzionali all'accertamento clinico pre-intervento; utilizzerà strumenti appositamente predisposti (liste di controllo) per la valutazione delle condizioni cliniche, e metodologie di accertamento assistenziale specifiche; tutto questo al fine di potenziare l'ambito di valutazione aumentando così la possibilità di intercettare problemi e/o potenziali rischi per la salute del cittadino.

Funzioni di assessment infermieristico con conseguente formulazione di giudizi sul profilo assistenziale, possono rappresentare un'interessante elemento di complementarietà nella valutazione dei pazienti sottoposti ad intervento. La valutazione clinica ed assistenziale sviluppata in modo integrato attiva processi di elaborazione multidimensionale che migliorano la comprensione delle problematiche del paziente. Tutti gli attori del processo, infatti, mettono in condivisione i loro punti di vista relativamente alla valutazione, permettendo una lettura più completa dei problemi del paziente. La registrazione di valutazioni assistenziali prima dell'intervento rappresenta, inoltre, un'azione sempre più necessaria a garantire continuità dell'assistenza e della presa in carico del paziente, in quanto può facilitare la comprensione dell'evoluzione del piano di cura e di assistenza durante tutto il percorso perioperatorio.

La sperimentazione in questa fase sarà focalizzata sui processi di valutazione ed accertamento del paziente con l'obiettivo di verificare se è possibile con un setting valutativo integrato multidisciplinare intercettare in tempo utile per una programmazione più efficace, un numero di pazienti maggiore e se si osservano modifiche ai fenomeni di rischio e sicurezza, correlati.

Elementi di innovazione sottoposti a sperimentazione

Il modello prevede la mappatura nella fase pre-operatoria, di percorsi di gestione del paziente in ragione della definizione del rischio chirurgico e delle condizioni di salute del paziente che sono accertate.

I percorsi di visita pre-intervento identificati, in ragione della classificazione del rischio chirurgico e delle condizioni di salute del paziente sono riportati nella tabella seguente:

Rischio chirurgico (classificazione JHK)	Stato di salute	Tipo anestesia	Percorso Assegnato
interventi JH 1-2	Valutazione 1	Locale, Sedazione, Anestesia locoregionale eseguite dal Chirurgo	Percorso a Bassa Intensità
Interventi JH 1-2	Valutazione 1-2	MAC anestesia generale, Locoregionale eseguita dall'Anestesista	Percorso a Media Intensità
Interventi JH >2	Valutazione 3-4	MAC anestesia generale, Locoregionale eseguite dall'Anestesista	Percorso a Alta intensità

La sequenza dei percorsi è descritta nel dettaglio di seguito e rappresentata nel diagramma di flusso che segue

1. Il Chirurgo al momento della visita chirurgica è responsabilizzato nel definire la classe di rischio dell'intervento utilizzando la classificazione JH, di stratificare lo stato di salute del paziente secondo una scala di valori da 1 a 5; in ragione della valutazione che risulta dall'incrocio delle due dimensioni valutative, il chirurgo collocherà il paziente in uno dei percorsi individuati per la visita pre-intervento (allegato N°2). Il Chirurgo potrà essere aiutato nella valutazione del paziente anche sulla base delle informazioni riportate nella scheda di accesso in Ospedale a cura del Medico di Medicina Generale (MMG, allegato N°1)
2. Il progetto vuole sperimentare l'applicazione delle linee guida per l'uso appropriato degli esami pre-operatori; in ragione dei percorsi pre-operatori individuati, saranno sperimentati livelli di standardizzazione dei profili di indagini diagnostiche ai fini dell'intervento. Per questo è stato messo a punto a punto a punto nel Modulo PRIMA (allegato 2) l'insieme delle indagini che si propongano siano effettuate. Il Chirurgo pertanto chiederà gli approfondimenti diagnostici del caso rispettando le linee guida per l'uso appropriato degli esami pre-operatori. Sulla base dell'indicazione al percorso del chirurgo, il paziente sarà valutato nell'ambito della visita pre-intervento:
 - ✓ dall'infermiere perimed (percorso a Bassa Intensità)
 - ✓ dall'infermiere perimed e dall'anestesista (percorso a Media Intensità)
 - ✓ dall'anestesista (percorso ad Alta Intensità)

3. L'infermiere effettuerà l'accertamento clinico-assistenziale utilizzando una check-list per l'intervista ai fini della valutazione clinica e una scheda di accertamento ai fini della valutazione dei bisogni di assistenza. L'attività sarà registrata nei moduli appositamente predisposti (allegati N° 3 e N° 4).
 - o Nel percorso a Bassa Intensità l'infermiere somministrerà solo l'intervista; in presenza di evidenti alterati bisogni assistenziali, l'infermiere effettuerà anche l'accertamento infermieristico. Qualora dall'intervista emergessero problematiche sullo stato di salute, l'infermiere provvederà a segnalare quanto registrato al chirurgo per la rivalutazione del caso sotto il profilo degli accertamenti clinico diagnostici necessari. L'intervista si potrà concludere con un'azione di informazione e di educazione sanitaria al paziente.
 - o Nel percorso a Media Intensità oltre all'intervista l'infermiere effettuerà anche l'accertamento assistenziale. In presenza di problematiche sullo stato di salute del paziente, l'infermiere provvederà a segnalarle all'anestesista che completerà la visita al fine degli approfondimenti necessari e al fine di acquisire il consenso informato che sarà somministrato come da documentazione in allegato N°6 e 7.

L'infermiere svolgerà l'attività di accertamento contestualmente alla visita dell'anestesista; sono pertanto necessarie condizioni logistiche che consentano la realizzazione di questa modalità prevedendo una contiguità spaziale di più ambulatori dedicati .

4. La sperimentazione vuole verificare l'utilizzo di modalità diverse di somministrazione delle informazioni necessarie al consenso informato e di acquisizione del consenso informato. Sono stati elaborati pertanto nuovi moduli di acquisizione del consenso (allegati N° 6 e N° 7).
5. La sperimentazione è inoltre finalizzata alla costruzione di un portfolio di competenze avanzate per l'assistenza infermieristica perioperatoria al fine di possedere uno strumento di valutazione delle competenze in ingresso del personale nell'area perioperatoria.

Esperienze anglosassoni stanno realizzando in questo settore interessanti modelli di sviluppo delle competenze perioperatorie. Il lavoro, messo a punto dall'NHS Education Scotland Working Party (NES 2001-2002), ha fornito importanti basi per programmi di pratica specialistica di quel paese. Il lavoro ha dimostrato che per l'apprendimento e la formazione nel settore dell'assistenza perioperatoria sono necessarie l'apprendimento di 17 competenze avanzate .

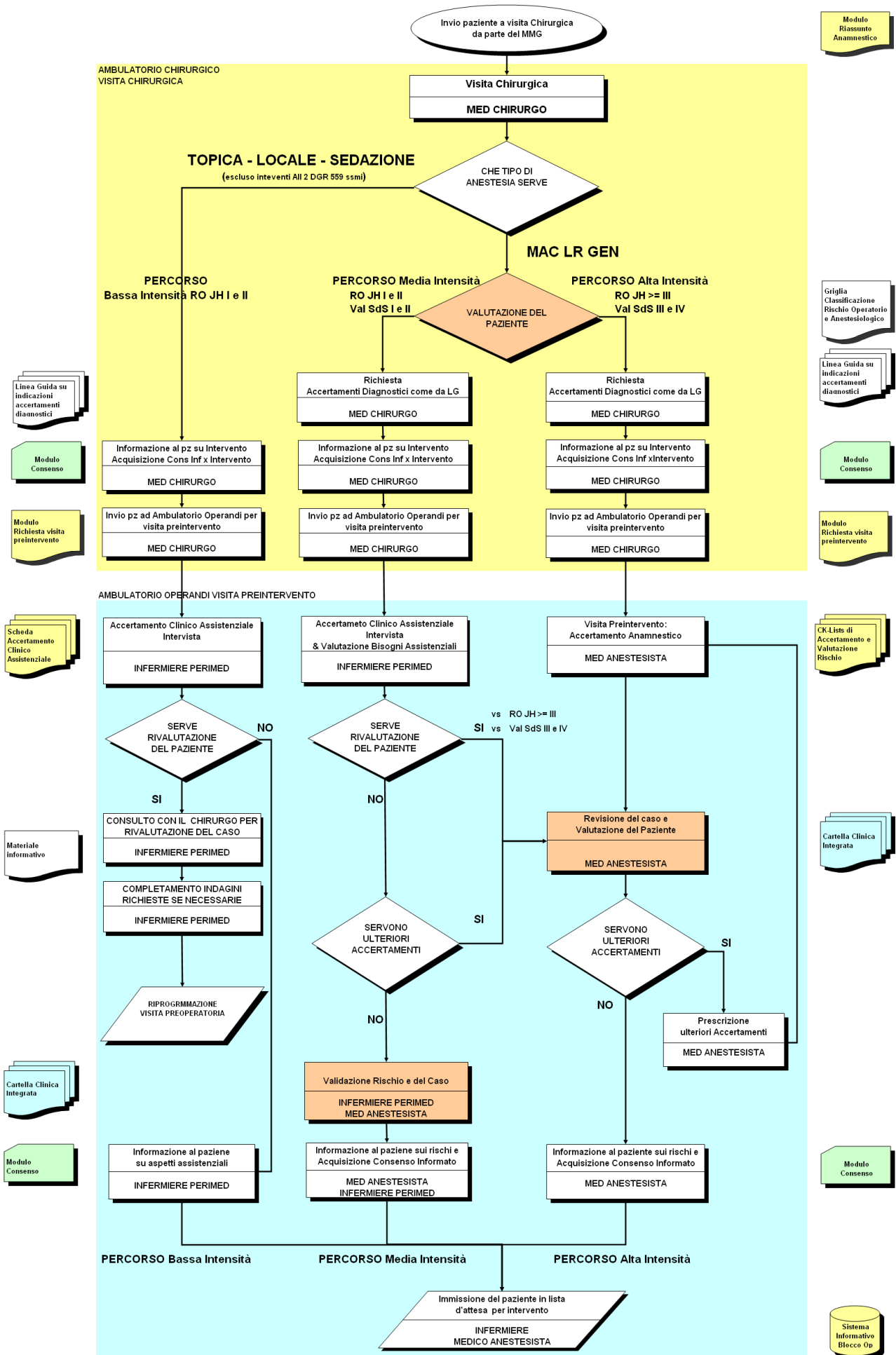
Il processo con cui si è andato a costruire il *portfolio* ha preso in considerazione:

- ✓ l'analisi dell'esperienza e della pratica
- ✓ l'identificazione - oltre che delle conoscenze e delle abilità necessarie - dei punti di forza e di debolezza delle aree, degli obiettivi e delle azioni per conseguire le competenze necessarie
- ✓ l'identificazione di prove di competenza mediante indicatori per la verifica del conseguimento delle competenze.

Si ritiene che questo modello possa essere un riferimento interessante per l'allestimento delle competenze degli infermieri che saranno coinvolti nella sperimentazione nelle Aziende.

La sperimentazione, prima di procedere alla fase di applicazione del modello, prevede di realizzare:

- ✓ Un'azione di sensibilizzazione ed informazione del progetto rivolta ai professionisti coinvolti nella sperimentazione, alle Direzioni Aziendali delle aziende sperimentanti e di tutte le Aziende della Regione
- ✓ per il personale infermieristico che parteciperà alla sperimentazione:
 - uno studio preliminare, anche sulla base delle esperienze presenti, del livello di competenza clinica posseduto dagli infermieri che saranno coinvolti nella sperimentazione, individuando il gap presente tra le competenze possedute e quelle necessarie alla sperimentazione;
 - la realizzazione di un programma formativo di perfezionamento utile a completare o perfezionare l'acquisizione delle competenze degli infermieri che parteciperanno alla sperimentazione; in tal senso è stato messo a punto il progetto formativo da presentare alle Università per la realizzazione del corso di perfezionamento.



ATTORI	ATTORI				STRUMENTI DI RIFERIMENTO	STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
	Med Med Gen	Med Chirurgo	Med Anestesista	Inf PeriMed		
ATTIVITA'						
1 Invio paziente a visita chirurgica	R					Scheda di Accesso in ospedale
2 Visita chirurgica		R				
2.1 Definizione tipo di intervento e valutazione stato di salute del paziente		R				
2.2 Attribuzione rischio chirurgico e valutazioni stato di salute del paziente		R			Scheda di accesso in ospedale Griglia di classificazione dei rischi	Modulo richiesta visita pre-operatoria
2.3 Richiesta Accertamenti diagnostici		R			Linea guida per accertamenti diagnostici	Modulo richiesta visita pre-operatoria
2.4 Informazione del paziente ed acquisizione consenso		R				
2.5 Invio paziente ad Ambulatorio Operandi per proseguo valutazione secondo il percorso individuata		R				Modulo PRIMA
3 Percorso a Bassa Intensità Visita preintervento a casi JH1-2 e valutazione stato di salute 1 (in Anestesia Topica, Locale, e Sedazione gestita dal Chirurgo)				R		
3.1 Intervista di Accertamento i				R	Scheda di Accesso in ospedale	Scheda A.1 Accertamento Clinico
3.2 Informazione al pz sugli Aspetti Assistenziali				R		Modulo informativo
4 Percorso a Media Intensità Visita preintervento Casi JH 1-2 e con valutazione stato di salute >1				R		
4.1 Accertamento Anamnestico e Valutazione Assistenziale				R	Scheda di Accesso in ospedale	Scheda A.2 Accertamento Clinico Assistenziale
4.2 Consulto e Revisione del Caso			R	C		
4.3 Validazione Valutazione del paziente			R			Cartella clinica integrata
4.4 Informazione al pz ed Acquisizione consenso informato			R			Modulo consenso parte anestesiologicala
5 Percorso a Alta Intensità Visita preintervento casi JH >= 3 Valutazione stato di salute >= 3			R			Cartella clinica integrata
5.1 Accertamento Anamnestico			R		Scheda di Accesso in ospedale	
5.2 Valutazione dei rischi			R			
5.3 Informazione al pz ed Acquisizione Consenso parte anestesiologicala			R			Modulo consenso parte anestesiologicala
6 Immissione paziente in lista d'attesa				R		

Popolazione
Target

L'ambito della sperimentazione interesserà **il preoperatorio di soggetti adulti, candidati a procedura chirurgica d'elezione** in sala operatoria. Sono escluse le procedure chirurgiche effettuate emergenza, e quelle in ambito ambulatoriale indicate nell'allegato 2 DGR 559/2000 e successive modifiche ed integrazioni. La sperimentazione riguarderà procedure chirurgiche realizzate nelle aziende sperimentanti nelle specialità riportate nella tabella seguente.

Specialità individuate nelle sedi e loro produzione anno 2008										
	Ausl Cesena		Ausl Imola		AOUN Parma		AO SMN Reggio E		Totale	
Chir Gen	1		1		2				4	0
Oculistica			1				1		2	0
Otorino	1		1				1		3	0
Ortopedia					3		1		4	0
Urologia	1		1						2	0
totale	3	0	4	0	5	0	3	0	15	0

Monitoraggio
Sperimentazione

Saranno individuati indicatori di processo per monitorizzare le aree di sperimentazione come :

- ✓ La quantità di valutazioni pre-operatorie realizzate con il modello sperimentale rispetto alle procedure chirurgiche in osservazione nelle Unità Chirurgiche.
- ✓ La coerenza delle valutazioni realizzate dai diversi attori (Chirurgo, Infermiere, Anestesista).
- ✓ La completezza nell'accertamento pre-operatorio realizzato dall'infermiere Perimed.
- ✓ L'impiego di risorse umane per la valutazione preoperatoria utilizzate nel modello in sperimentazione rispetto ai modelli in uso.
- ✓ La qualità percepita da parte degli utenti inseriti nei percorsi del modello in sperimentazione
- ✓ l'integrazione con la medicina generale sulla continuità delle informazioni cliniche del paziente

Poiché si tratta di una sperimentazione i cui esiti non sono prevedibili sarà necessario realizzare al 15 % dello studio un'interim analysis per permettere di tarare al meglio lo standard atteso degli indicatori posti in misurazione.

Le Aziende sperimentanti dovranno inoltre produrre una breve relazione sul modello organizzativo (logistica, organizzazione dei percorsi secondo le indicazioni della flow-chart del progetto, piani di comunicazione realizzati, ecc...), che hanno adottato per perseguire gli obiettivi della sperimentazione.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori che saranno messi in misurazione

Indicatore	Descrizione	Standard	Chi raccoglie	Frequenza (ogni quanto)	Fonte (da dove)	Report (dove registra)
Integrazione con MMG Pazienti che accedono alla visita chirurgica con scheda di accesso MMG	N° pazienti residenti RER che accedono alla visita chirurgica con scheda di accesso MMG/ N° pazienti residenti RER che accedono alla visita chirurgica	85% (+ - 10%)	Chirurgo	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
Completezza della valutazione chirurgica	N° di schede chirurgiche (A+B+C) compilate completamente/totale dei pazienti prenotati	85% (+ - 10%)	Infermiere Perimed	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
Completezza della intervista infermieristica	N° Moduli Intervista compilati e completi/N° di pazienti percorso a Bassa e Media Intensità	85% (+ - 10%)	Referente Aziendale Progetto	Tutti i pazienti in speriment	Modulo Intervista	Report x paziente
Completezza accertamento assistenziale	N° di Moduli Accertamento assistenziale compilati e completi/ N° di pazienti percorso a Media Intensità	85% (+ - 10%)	Referente Aziendale Progetto	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
Fattibilità Organizzativa	N° Interviste effettuate dall'infermiere perimede / Totale interviste effettuate	85% (+ - 10%)	Infermiere Perimed	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
	N° Accertamenti effettuati da infermiere perimed / Totale accertamenti fatti	85% (+ - 10%)	Infermiere Perimed	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
Concordanza valutazione Chirurgo, Infermiere, Anestesista	N° di pazienti con modulo MMG senza segnalazione allergie / N° pazienti in sperimentazione	85% (+ - 10%)	Infermiere Perimed	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
	N° di valutazioni del Chirurgo senza rinvio per ulteriori accertamenti / N° totale di pazienti con percorso a Bassa e Media Intensità	85% (+ - 10%)	Referente Aziendale Progetto	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
	N° di valutazioni dell'Anestesista senza rinvio per ulteriori accertamenti / N° totale di pazienti con percorso a Media Intensità	85% (+ - 10%)	Referente Aziendale Progetto	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
	N° di valutazioni senza rinvio per ulteriori accertamenti /N° totale di pazienti con percorsi a Bassa, Media e Alta intensità	85% (+ - 10%)	Referente Aziendale Progetto	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente

Compliance adesione linee guida esami preoperatori	N° pazienti con esami aggiuntivi /N° totale di pazienti percorso a Media Intensità	85% (+ - 10%)	Infermiere Perimed	Tutti i pazienti in speriment	Scheda proposta interv	Report x paziente
Fattibilità Organizzativa	N° pazienti che seguono il percorso / Pazienti eleggibili ai percorsi	85% (+ - 10%)	ASSR			

Sedi per lo studio di fattibilità

La sperimentazione della fase preintervento si realizzerà con uno studio preliminare di fattibilità del modello in un numero limitato di Aziende, che sono state individuate sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ Rappresentatività della realtà chirurgica ed in particolare dei blocchi operatori di diversa dimensione e caratteristiche che sono presenti nella Regione.
- ✓ Disponibilità di ambulatori contigui per la visita pre-intervento dell'infermiere e dell'anestesista.
- ✓ Disponibilità all'utilizzo di risorse umane per la sperimentazione.

Le Aziende individuate sono: AOSMN Reggio-Emilia, AOUN Parma, Ausl Cesena, Ausl Imola.

Cronogramma della Sperimentazione

Lo studio di fattibilità avrà la durata di 14 mesi secondo il tempogramma descritto di seguito:

AZIONI	TEMPO IN MESI	CHI FA / DOVE
1. Predisposizione strumenti per la valutazione e la registrazione effettuate dal chirurgo, dall'infermiere, dall'anestesista	3 mesi	In RER Gruppo di lavoro multiprofessionale
2. Predisposizione di profili di indagini per i diversi percorsi		
3. Definizione di indicatori per la verifica della sperimentazione		
4. Predisposizione pacchetto formativo per il personale coinvolto		In RER Gruppo interprofessionale in collaborazione con Università
5. Coinvolgimento dei chirurghi per l'utilizzo omogeneo dei criteri di allocazione	Contestuali chirurghi 1 mese	In Azienda
6. Formazione ed addestramento degli infermieri che realizzeranno le visite pre-operatorie	infermieri 3 mesi	In RER
7. Sperimentazione nelle Aziende della Fase pre-operatoria	6 mesi	Nelle Aziende sperimentanti
8. Elaborazione dei dati raccolti e ritorno degli esiti della sperimentazione	2 mesi	RER Gruppo di progetto

4. Bibliografia di Riferimento

1. Debra Fairley Evaluation of a nurse consultant's clinical activities and the search for patient outcomes in critical care Journal of Clinical Nursing, 15, 1106–1114-2006
2. Geri-Ann Galanti, Applying Cultural Competence to Perianesthesia Nursing Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 21, No 2 (April), 2006: pp 97-102
3. Robin Riley Governing time in operating rooms Journal of Clinical Nursing, 2006 15, 546–553
4. Martin A Makary, Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder Surg 2006;202:746–752.
5. Jenny O'Baugh The role and scope of the clinical nurse consultant in Wentworth area health service, New South Wales, Australia Journal of Nursing Management, 2007, 15, 12–21
6. Paul Wicker, Joy O'Neill, Assistenza infermieristica perioperatoria McGraw-Hill 2007, edizione italiana a cura di Alvisa Palese

5. Allegati

1. Scheda di Accesso in Ospedale
2. Modulo richiesta prenotazione intervento
3. Modulo Intervista percorso Bassa Intensità
4. Modulo Intervista e Accertamento Assistenziale percorso Media Intensità
5. Requisiti Minimi Scheda Anestesiologica
6. Scheda Informativa e Consenso
7. Modulo acquisizione Consenso
8. Progetto Formativo per Infermieri

Allegato N° 1


Scheda di Accesso in Ospedale



Sono in corso approfondimenti, anche in collaborazione con la Direzione del Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, per poter recuperare le informazioni cliniche necessarie utilizzando le attuali strumentazioni tecnologiche in possesso dei MMG

Allegato N° 2

Modulo PRIMA

	<i>Logo Aziendale</i>	<i>Codice Paziente</i>	<i>Ospedale di</i>
			<i>UO di</i>

Parte A (Anagrafica)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ Sesso M F

Cod Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel _____

Diagnosi _____ COD _____

Intervento chirurgico di _____
_____ COD _____

CODICE PRIORITA' **A B C D**

Tipo Ricovero Day Surgery Deg. Breve Ambulatoriale
Deg. Ordinaria Libera Prof

Anestesia Generale Locale assistita Locale

NOTE: _____


Parte B MODULO DI VALUTAZIONE PRIMARIA DEI PAZIENTI CHIRURGICI ADULTI > 14 ANNI

CLASSIFICAZIONE JOHN HOPKINS MOD	
Classe 1 rischio minimo nessuna perdita ematica prevista	<input type="checkbox"/>
Classe 2 rischio modesto perdite <500 ml	<input type="checkbox"/>
Classe 3 rischio moderato perdite >500 e <1500 ml	<input type="checkbox"/>
Classe 4 rischio elevato perdite >1500 ml	<input type="checkbox"/>
Classe 5 rischio molto elevato necessità di ricovero in TI a priori	<input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE STATO DI SALUTE	
Classe 1 Paziente sano o con patologia locale	<input type="checkbox"/>
Classe 2 Paziente con comorbidità sistemiche moderate che non determinano limitazioni funzionali	<input type="checkbox"/>
Classe 3 Paziente con comorbidità sistemiche gravi che determinano limitazione dell'attività	<input type="checkbox"/>
Classe 4 Paziente con comorbidità sistemiche gravi che determinano un costante pericolo di vita	<input type="checkbox"/>
Classe 5 Paziente moribondo con aspettativa di vita <24 h indipendentemente dall'intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>

Parte C (Individuazione percorso pre-intervento)

①	Percorso Bassa Intensità	(Sedazione / Anestesia eseguita dal Chirurgo JH 1-2)
②	Percorso Media Intensità	(JH 1-2 Stato di Salute 1-2)
③	Percorso Alta Intensità	(JH 1-2 Stato Salute 3-4 JH >2 Stato di Salute 1-2-3-4)

	Logo Aziendale	Codice Paziente	Ospedale di
			UO di

Parte D (richiesta accertamenti diagnostici)

Percorso Media Intensità
(JH 1-2 Stato di Salute 1-2)

ECG
(Tutti i pz > 50 aa; validità 6 mesi)

Rx Torace
(solo se: > 60 aa, malattie polmonari acute o croniche, malattie cardiovascolari, forte fumatore, immigrato; portatore di neoplasia maligna, immunodepressione, terapia radiante nei 6 mesi precedenti) validità 6 mesi se mantenuta la stabilità clinica)

Esami ematochimici (validità 2 mesi):

PT | Raccomandato per chirurgia vascolare o pz in terapia con warfarin altri anticoagulanti o in emodialisi
 PTT

Emocromo (>40 anni)

Glicemia (>40 anni)

Test di gravidanza
(il dosaggio del HCG è suggerito quando non si possono escludere, in base a dati anamnestici, uno stato di gravidanza in donna in età fertile)

N.B. La valutazione ha validità 2 mesi (salvo problematiche cliniche insorte nel frattempo).

Percorso Alta Intensità
(JH 1-2 Stato di Salute 3-4; JH >2 Stato di Salute 1-2-3-4)

ECG
(Tutti i pazienti; validità 3 mesi)

Rx Torace
(Tutti i pazienti; validità 6 mesi se mantenuta la stabilità clinica)

Esami ematochimici (validità 2 mesi):

PT | Raccomandato per chirurgia vascolare o pz in terapia con warfarin altri anticoagulanti o in emodialisi
 PTT

Emocromo

Glicemia (>40 anni)

Creatininemia

Emogasanalisi (chir toracica testa collo)

Funzionalità polmonare
(chirurgia toracica, chirurgia spinale)

Test di gravidanza
(il dosaggio del HCG è suggerito quando non si possono escludere, in base a dati anamnestici, uno stato di gravidanza in donna in età fertile)

N.B. La visita anestesiologicala ha validità 2 mesi (salvo problematiche cliniche insorte nel frattempo)

N.B. ESAMI RICHIESTI E DURATA TRATTI DA: "VALUTAZIONE PREOPERATORIA DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A CHIRURGIA ELETTIVA". LINEE GUIDA NAZIONALI DI RIFERIMENTO ANNO 2005

li _____

Firma medico _____

Allegato N° 3

Modulo Intervista

(Il modulo è utilizzato da solo nel percorso a Bassa intensità; è utilizzato assieme al modulo accertamento infermieristico nel percorso a Media intensità)

Cognome			Nome		Sesso	NOSOLOGICO		
Data Nascita	ETA'	CITTADINANZA	VIA	CAP	RESIDENZA	TELEFONO	LINGUA PARLATA	
Peso KG		Altezza cm	CHIRURGO INVIANTE		TELEFONO	MEDICO DI FAMIGLIA		TELEFONO
DIAGNOSI PREOPERATORIA			CLASSIFICAZIONE JH		VALUTAZIONE STATO DI SALUTE			

INTERVENTO PREVISTO

1	Quale Occupazione svolge?					
2	Quali Abitudini di vita ha?			0-5 bassa	5-10 media	>10 alta
	Fumatore	SI	NO			
	Uso di alcool	SI	NO			
	Pratica abitualmente sport	SI	NO			
	Fa fatica a svolgere l'attività fisica quotidiana	SI	NO			
3	Qualcuno in famiglia (nonni, genitori, zii):	SI	NO			
	ha, ha avuto o è morto per il Diabete	SI	NO			
	ha, ha avuto la Pressione alta	SI	NO			
	ha, ha avuto o è morto per Asma	SI	NO			
	ha, ha avuto, o è morto per Ictus	SI	NO			
	ha, ha avuto o è morto per Infarto	SI	NO			
	ha, ha avuto malattie muscolari congenite	SI	NO			
	ha, ha avuto ipertermia maligna	SI	NO			
	è morto Improvvisamente senza causa apparente	SI	NO			
4	Ha o ha avuto in passato problemi di cuore?	SI	NO			
	Angina	SI	NO			
	Aritmie (il cuore batte velocemente o irregolare)	SI	NO			
	Infarto	SI	NO			
	Valvulopatie	SI	NO			
	Edema polmonare, insufficienza cardiaca	SI	NO			
	Svenimenti frequenti	SI	NO			
	Porta il pace-maker	SI	NO			

5	Ha o ha avuto in passato disturbi circolatori vascolari?	SI	NO	
	Pressione alta	SI	NO	
	Di norma la sua pressione è			
	Con quanti cuscini dorme	SI	NO	
	Vasculopatie agli arti inferiori	SI	NO	
	Trombosi, Embolie	SI	NO	
	Le si gonfiano le gambe	SI	NO	
6	Ha o ha avuto in passato problemi polmonari?	SI	NO	
	Ha respiro affannoso da sforzi modesti	SI	NO	
	Dopo quanti scalini si ferma	SI	NO	
	Ha l'enfisema	SI	NO	
	Ha l'asma	SI	NO	
	Le crisi sono frequenti	SI	NO	
	Ha la Bronchite Cronica	SI	NO	
	Ha tosse per tutto l'anno	SI	NO	
7	Ha avuto problemi di coagulazione in passato o nel presente	SI	NO	
	Ha mai presentato un'emorragia per più di 24 ore o che ha richiesto trasfusioni	SI	NO	
	Ha mai presentato sanguinamenti prolungati o ematomi voluminosi dopo traumi, interventi di tonsille, di appendice, di suture di ferite	SI	NO	
	Ha mai presentato un'emorragia dopo una estrazione dentaria tale da rendere necessaria una nuova visita per cure mediche?	SI	NO	
	Ha mai visto sangue nelle urine?	SI	NO	
	Ha fatto uso nelle ultime due settimane di farmaci tipo aspirina o antinfiammatori (Voltaren, Feldene ecc)	SI	NO	
	E' soggetto ad ecchimosi senza causa apparente?	SI	NO	
	Si è mai verificato un sanguinamento dal naso, che ha reso necessario un tamponamento chirurgico per l'emostasi?	SI	NO	

8 Presenta Altre Patologie?		SI	NO	
	Ha il diabete?	SI	NO	
	è di tipo Insulinodipendente	SI	NO	
	è di tipo non Insulinodipendente	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per malattie del fegato?	SI	NO	
	Ha avuto l'epatite	SI	NO	
	Ha la cirrosi epatica	SI	NO	
	E' mai stato trasfuso	SI	NO	
	E' affetto da Insufficienza renale ?	SI	NO	
	E' in Dialisi?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per malattie del sangue?	SI	NO	quali
	E' in cura o è stato curato per malattie della tiroide?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per malattie dell'Apparato digerente?	SI	NO	
	Soffre o ha sofferto di ulcere gastroduodenali?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per malattie delle Ossa e delle Articolazioni?	SI	NO	
	Ha malattie particolari degli occhi?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per mal di testa?	SI	NO	
	Ha, ha avuto Traumi cranici?	SI	NO	
	Ha, ha avuto Ictus?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per crisi epilettiche e/o convulsioni?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per patologie neoplastiche?	SI	NO	
	E' in cura o è stato curato per patologie cardiocircolatorie?	SI	NO	
	Ha gravidanza in atto?	SI	NO	

9 Ha Allergie?		SI	NO	
	Ha Allergia a Farmaci ?	SI	NO	Quali
	Ha Allergia a Lattice?	SI	NO	
	Ha Allergia ad Alimenti?	SI	NO	Quali
	Ha Altre Allergie?	SI	NO	
10 Che tipo di Farmaci usa?		SI	NO	
	Ha preso o prende farmaci regolarmente?	SI	NO	
	Fa uso di Tranquillanti o Sonniferi	SI	NO	
	Fa uso di Farmaci per dimagrire	SI	NO	
	Fa uso di Farmaci Lassativi	SI	NO	
	fa uso di Pillola anticoncezionale	SI	NO	
	Fa uso di Anticoagulanti	SI	NO	Quali
	Fa uso di Digitale	SI	NO	
	fa uso di Litio	SI	NO	
	Fa uso di Altri Farmaci	SI	NO	Quali
	Fa uso di Droghe	SI	NO	Quali
11 E' mai stato ricoverato in Ospedale?		SI	NO	
	Se si quante volte			
	E' stato sottoposto a cure mediche o ricoverato negli ultimi 6 mesi?			
	per quale motivo?			
12 E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico?		SI	NO	
	A quale intervento è stato sottoposto			
	Ha avuto difficoltà nei precedenti ricoveri?	SI	NO	Quale
	E' Portatore di protesi?	SI	NO	Quale



Logo Aziendale

Ospedale

Unità Operativa

13 Segnalazioni / Osservazioni Infermieristiche


data

firma

Allegato N° 4

Modulo Accertamento Assistenziale

**(Modulo utilizzato nel percorso a Media Intensità
assieme al Modulo Intervista)**

		Logo Aziendale	Ospedale	
			Unità Operativa	
ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO				
Cognome	Nome	Sesso	NOSOLOGICO	
1 Percezione, Cognizione, Relazioni				
Soggetto Vigile	SI	NO		
Soggetto Orientato	SI	NO		
Comunica normalmente	SI	NO		
Difficoltà nel linguaggio	SI	NO		
Vive in Famiglia	SI	NO		
Vive solo	SI	NO		
Manifesta dolore acuto	SI	NO		
Manifesta dolore cronico	SI	NO		
se si da quanto tempo	SI	NO		
in quale sede				
2 Tolleranza allo stress				
Manifesta preoccupazione per la malattia	SI	NO		
Manifesta preoccupazione per la famiglia	SI	NO		
Ci sono stati recentemente significativi cambiamenti di vita nel paziente	SI	NO		
Manifesta particolari paure			quali	
3 Modello di eliminazione				
eliminazione intestinale regolare	SI	NO		
eliminazione intestinale con diarrea	SI	NO		
eliminazione intestinale con stipsi	SI	NO		
eliminazione urinaria regolare	SI	NO		
eliminazione urinaria alterata	SI	NO		
4 Modello riposo e sonno				
Sonno regolare	SI	NO		
Sonno discontinuo	SI	NO		
Insonnia	SI	NO		

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

5	Esame Fisico del Pz: caratteristiche Cute			
	Presenza di contusioni	SI	NO	
	Presenza di arrossamenti	SI	NO	
	Presenza di Edemi	SI	NO	
	Presenza di prurito	SI	NO	
	Presenza di cicatrici da ferita chirurgica	SI	NO	
	se si sede della ferita			
6	Esame Fisico del Pz: segnalazione dispositivi			
	Paziente portatore di Stomia	SI	NO	
	tipo di stomia			
	diametro della stomia	SI	NO	
	Il paziente è autonomo nella gestione	SI	NO	
	Paziente portatore di protesi oculare	SI	NO	
	Paziente portatore di occhiali	SI	NO	
	Paziente portatore di lenti a contatto	SI	NO	
	Paziente portatore di protesi acustica	SI	NO	
	Paziente portatore di protesi dentaria	SI	NO	
	la protesi è fissa	SI	NO	
	la protesi è inserita nell'arcata superiore	SI	NO	
	la protesi è inserita nell'arcata inferiore	SI	NO	
	Presenza di denti vacillanti	SI	NO	
7	Esame fisico del paziente: rilevazione parametri vitali			
	Valore della frequenza cardiaca			
	Valore della pressione arteriosa			
	Esito auscultazione cardiaca			
	Valore frequenza respiratoria			
	Esito auscultazione polmonare			

Allegato N° 5

Requisiti minimi

Scheda Anestesiologica



Cartella Anestesiologica

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

Deve riportare tutti gli aspetti del trattamento anestesiologico pre, intra e postoperatorio.

La documentazione deve includere:

1. DATI DI BASE

- 1.1 Dati anagrafici, peso, n° cartella clinica del paziente, U.O. di riferimento.
- 1.2 Diagnosi
- 1.3 Intervento o procedura proposta
- 1.4 Data della valutazione anestesiologica, valutazione ASA e nome dell'anestesista che la esegue
- 1.5 Consenso informato

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 anestesiologiche 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 Data dell'intervento o procedura
- 3.2 Nome dell'anestesista che esegue l'anestesia
- 3.3 Nome del primo operatore.
- 3.4 Tecnica anestesiologica, con ogni rilevante problema riscontrato e modifiche alla tecnica adottate.
- 3.5 Parametri monitorizzati
- 3.6 Posizione operatoria
- 3.7 Dettagli su:
 - 3.7.1 presidi di controllo delle vie aeree
 - 3.7.2 accessi venosi e arteriosi
 - 3.7.3 valori dei principali parametri vitali monitorizzati: SpO₂; EtCO₂; ECG; FC; PA; Temperatura.
 - 3.7.4 valori dei principali parametri di ventilazione.
 - 3.7.5 farmaci utilizzati, con dose, via di somministrazione ed eventuali reazioni
 - 3.7.6 infusioni parenterali, compresi gli emoderivati
- 3.8 Tempi anestesiologici e chirurgici più rilevanti
- 3.9 Segnalazione di eventuali complicanze
- 3.10 Parametri vitali al momento del trasferimento in reparto

4. FASE POSTOPERATORIA

- 4.1 Parametri vitali al momento del trasferimento in reparto
- 4.2 Indicazioni per l'assistenza postoperatoria:
 - 4.2.1 controlli clinici particolari e indicazioni e consigli terapeutici
 - 4.2.2 controlli strumentali e di laboratorio
 - 4.2.3 terapia infusionale ed altri trattamenti farmacologici
 - 4.2.4 terapia antalgica
 - 4.2.5 eventuale trasferimento in ambiente intensivo

BIBLIOGRAFIA:

Agenzia Sociale Sanitaria Regionale – Regione Emilia-Romagna: Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Anestesia, Terapia Intensiva Polivalente e Monospecialistica, Terapia Semintensiva, Terapia Iperbarica (DGR 327 del 23-02-2004).

Allegato N° 6 Scheda Informativa & Consenso



INFORMAZIONI SULL'ANESTESIA

Per un Consenso Informato e Consapevole

Gentile Signora/Signore,

Questo opuscolo fornisce le informazioni di base per prepararLa all'anestesia. **LA PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE PRESENTI NOTE INFORMATIVE PRIMA DI PORRE LA FIRMA SUL MODULO DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALLA ANESTESIA.**

1. CHI È L'ANESTESISTA

L'ANESTESISTA È UN MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, che condividerà insieme a Lei le decisioni più importanti sull'anestesia cui sarà sottoposto/a. Oltre ad abolire il dolore e le sensazioni sgradevoli durante l'operazione, è compito e responsabilità dell'Anestesista prendersi cura del/la paziente e controllare e garantire tutte le sue funzioni vitali (regolarità del battito cardiaco, della pressione arteriosa, del respiro, della ossigenazione, della temperatura, della diuresi, ecc.). L'Anestesista si prenderà cura del/la paziente anche dopo la fine dell'intervento e fino alla scomparsa degli effetti maggiori dei farmaci somministrati.

2. COS'È L'ANESTESIA

L'ANESTESIA ABOLISCE IL DOLORE E LE ALTRE SENSAZIONI SGRADAVOLI GARANTENDO IL MANTENIMENTO DELLE FUNZIONI VITALI DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO.

Diverse sono le tecniche di anestesia utilizzabili; schematicamente si possono distinguere due grandi categorie: ANESTESIA GENERALE e LOCO-REGIONALE.

2.1 ANESTESIA GENERALE

L'ANESTESIA GENERALE SI OTTIENE SOMMINISTRANDO PER VIA ENDOVENOSA E/O PER VIA RESPIRATORIA DEI FARMACI CHE ABOLISCONO LA COSCIENZA E LA PERCEZIONE DEL DOLORE.

L'anestesia determina uno stato di "incoscienza indotta e controllata": ciò significa che il cervello si "addormenta", i muscoli si rilassano e al risveglio non si avrà alcun ricordo dell'operazione. Durante l'anestesia Lei sarà costantemente monitorato mediante strumenti che controllano la respirazione, la pressione sanguigna, il battito del cuore e lo stato di ossigenazione del sangue. Nella maggior parte delle anestesi generali sarà necessario, per assicurare la respirazione, il posizionamento di un tubo in trachea di cui non si avrà nessun ricordo nel post-operatorio.

2.2 ANESTESIA LOCO-REGIONALE

L'ANESTESIA LOCO-REGIONALE PERMETTE DI ANESTETIZZARE UNA REGIONE DEL CORPO PIÙ O MENO CIRCOSCRITTA MANTENENDOLA SVEGLIO E COSCIENTE.

PER RENDERE PIÙ CONFORTEVOLE LA SUA PERMANENZA IN SALA OPERATORIA, POSSONO ESSERE SOMMINISTRATI DEI SEDATIVI. UN TELO IMPEDISCE AL PAZIENTE DI VEDERE LA PARTE DEL CORPO CHE VIENE OPERATA.

Si possono utilizzare differenti tecniche di anestesia loco-regionale.

ANESTESIA LOCALE

Viene utilizzata per i piccoli interventi.

Può essere eseguita dal Chirurgo in autonomia.

Si effettua mediante un'infiltrazione con anestetico locale della zona su cui si deve intervenire.

All'occorrenza si possono associare dei sedativi per tranquillizzare e calmare il paziente.

ANESTESIA SPINALE O SUBARACNOIDEA

Conosciuta impropriamente anche come "lombare", è indicata nelle operazioni al bacino, alle gambe, al basso addome. E' anche utilizzabile in corso di parto cesareo, consentendo alla partoriente di partecipare emotivamente alla nascita del bimbo.

Si realizza inserendo un ago sottilissimo tra le vertebre e iniettando una piccola dose di anestetico nel liquido cerebro-spinale. Provoca entro 5-10 minuti la perdita completa della sensibilità e una paralisi temporanea di una o entrambe le gambe e/o dell'addome per un periodo di 2-4 ore.

All'occorrenza in questa, come in tutte le altre Anestesi Loco-Regionali, si possono associare dei sedativi per mantenerla calma e tranquillo.

ANESTESIA PERIDURALE

Anche questa tecnica prevede l'introduzione di un ago tra le vertebre. L'effetto è simile a quello dell'anestesia spinale, a differenza del tempo necessario alla comparsa dell'anestesia (20-30 minuti). Il vantaggio principale è la possibilità di posizionare un cateterino attraverso cui somministrare farmaci per il dolore nello spazio peridurale, per il controllo del dolore intraoperatorio e postoperatorio nei giorni successivi all'intervento. L'Anestesia peridurale è utilizzata da sola o in associazione all'anestesia generale: anestesia integrata.

BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI: Anestesia perineurale

Consentono di anestetizzare una regione ben delimitata del corpo, bloccando le terminazioni nervose periferiche. Sono tecniche particolarmente utilizzate nella chirurgia dell'arto superiore ed inferiore. Si realizzano iniettando dell'anestetico locale vicino ai nervi che sono localizzati con strumenti appositi. Per rendere più confortevole la procedura, in genere sono somministrati dei tranquillanti.

Anche in questo caso, si possono utilizzare dei cateterini per la somministrazione continua di farmaci analgici per il controllo del dolore postoperatorio e la riabilitazione precoce.

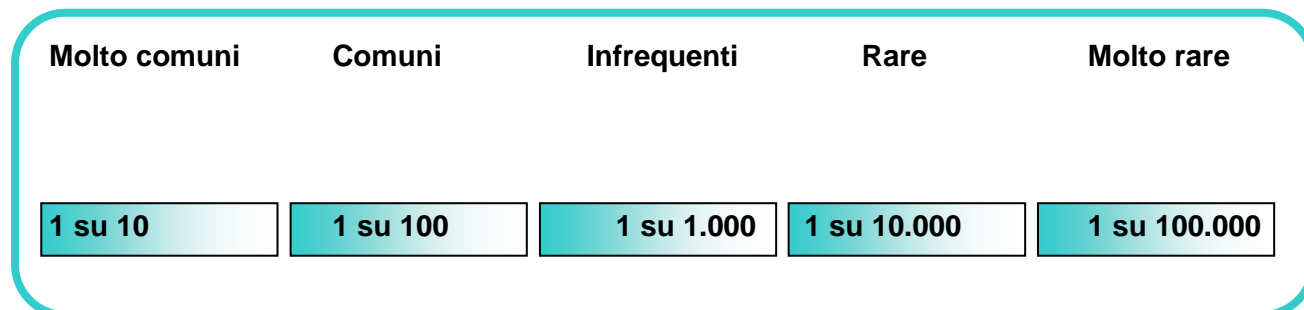
A FINE INTERVENTO LA SORVEGLIANZA AD OPERA DELL'ANESTESISTA CONTINUERÁ FINTANTO CHE LEI NON SARÁ STABILIZZATO/A; QUINDI VERRÁ TRASFERITO/A NEL REPARTO DI DEGENZA OPPURE IN TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA QUALORA LE SUE CONDIZIONI LO RICHIEDESSERO.

3. COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI

L'ANESTESIA MODERNA È GENERALMENTE MOLTO SICURA, TUTTAVIA, TALE PRATICA, COME ACCADE PER TUTTE LE DISCIPLINE MEDICHE, ANCHE SE ATTUATA CON DILIGENZA, PRUDENZA E PERIZIA, NON È ESENTE DA EFFETTI COLLATERALI E DA POTENZIALI COMPLICANZE.

Si possono definire gli effetti collaterali e le complicanze **molto comuni (1 su 10), comuni (1 su 100), infrequenti (1 su 1000), rare (1 su 10.000) e molto rare (1 su 100.000)** a seconda della frequenza con cui si manifestano.

Per comprendere meglio questo concetto Le basta riflettere sulla figura sottostante che esemplifica la frequenza del rischio con un esempio pratico.



COMPLICANZE DELLE TECNICHE DI ANESTESIA

L'anestesia generale può associarsi a complicanze di varia entità.

L'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla presenza di fattori personali come il fumo e il sovrappeso, da malattie concomitanti e dal tipo di intervento (complessità, durata, regime di emergenza/urgenza).

Fra le complicanze meno gravi, la nausea ed il vomito si manifestano con frequenza variabile (1/10-1/100) in relazione al tipo e alla sede dell'intervento (1).

Altre complicanze possono essere: cardiocircolatorie (es. disturbi del ritmo cardiaco, calo della pressione arteriosa, edema polmonare); legate alla necessità di intubazione tracheale ed all'impiego di ventilazione meccanica (es. lesioni ai denti, broncospasmo, traumi alle vie aeree, 1/10.000-1/30.000); neurologiche (es. lesioni nervose periferiche 1/5.000-1/30.000) o, molto raramente, danni cerebrali (come conseguenza di gravi abbassamenti di pressione del sangue o mancata ossigenazione).

L'incidenza delle complicanze più gravi correlate alla sola anestesia varia tra 1/100.000-1/200.000 (2).

L'anestesia generale e la sedazione, anche se correttamente eseguite, possono determinare la percezione di suoni, voci o favorire l'insorgenza di sogni. Tale fenomeno, chiamato "awareness", ha una frequenza di 1/1.000-5.000 (3).

Anche le tecniche di incannulamento delle vene centrali possono causare complicanze quali ematomi, ingresso di aria nelle vene, traumi al tessuto polmonare, infezioni, con una frequenza che oscilla intorno al 1/100 (4).

Le anestesie loco-regionali, ed in particolare i blocchi periferici, possono causare lesioni delle radici nervose, dei nervi periferici e variazioni, spesso transitorie, della sensibilità

dell'area interessata (1/5.000-1/10.000) (5). L'anestesia spinale si associa a calo della pressione arteriosa (10-40/100), riduzione della frequenza cardiaca (1/10), nausea (5/100) e cefalea (0,2-3/100) (5-6-7). Complicanze più gravi sono molto rare. Le anestesi peridurali possono causare aree di formicolio agli arti inferiori o alterazioni della motilità (2/10.000) (5). Tale incidenza si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni (6). Le complicanze più gravi, l'ematoma peridurale e l'ascesso peridurale, si possono manifestare in 1/145.000 e 1/150.000-180.000 rispettivamente, anestesi peridurali (8).

Talvolta l'intervento chirurgico è seguito da un ricovero in Terapia Intensiva Post-Operatoria, che può essere programmato o di necessità. In questa area di assistenza, con la cura di personale qualificato e apparecchi che controllano continuamente le funzioni vitali, quali la respirazione e il battito cardiaco, è possibile superare problemi e difficoltà inerenti al tipo di intervento oppure a malattie precedenti.

CLASSIFICAZIONE ASA (American Society of Anesthesiologists)

Classe	Condizioni del paziente
ASA I	paziente sano
ASA II	presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale
ASA III	presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato
ASA IV	presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza
ASA V	paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico
E	ogni intervento chirurgico non dilazionabile: la lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

4. TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO

Un efficace controllo del dolore è fondamentale per prevenire evitabili sofferenze e l'aiuterà inoltre a riprendersi più rapidamente. Insieme all'anestesista dei differenti metodi per il controllo del dolore prima dell'intervento così che potrà prendere una decisione consapevole su cosa sarà meglio per Lei.

È importante sapere che:

- alcune persone hanno bisogno di dosi maggiori di analgesici rispetto ad altre; gli stati ansiosi possono infatti aumentare la percezione del dolore;
- le dosi analgesiche possono essere aumentate, si possono aumentare le somministrazioni o modificare la via di assunzione;
- occasionalmente il dolore è un avvertimento che qualcosa "non va" quindi è sempre bene avvertire il personale infermieristico o i medici.

Un buon controllo del dolore aiuta a prevenire le complicazioni:

- riuscire a respirare profondamente ed a tossire dopo l'intervento significa ridurre il rischio di sviluppare infezioni respiratorie;
- riuscire a muoversi facilmente e presto significa ridurre le complicanze come la trombosi venosa profonda.

É molto più facile alleviare il dolore PRIMA che diventi insopportabile. Quindi, se ha dolore, chiedi aiuto al più presto e assumi la terapia in modo regolare.

Per aiutare il personale a comprendere il livello del Suo dolore e a somministrare le terapie più idonee, **Le verrà chiesto di definire il Suo dolore rispetto a una scala da 1 a 10**, 1 se il dolore sarà quasi inesistente, 10 per il dolore più forte che ha mai provato: fra questi due estremi Lei dirà il numero che, a Suo parere, meglio rispecchia il dolore che in quel momento starà provando.

COSA FARE PRIMA DI UNA ANESTESIA

- Sospendere, se possibile, il fumo per alcune settimane (4-6 settimane); più lungo è il periodo di interruzione, maggiori saranno i benefici e minori i rischi;
- non deve sospendere le eventuali terapie in atto, salvo precisa indicazione dell'Anestesista;
- qualora tra la data della visita ed il ricovero fossero insorti cambiamenti (nuova gravidanza in atto, nuove allergie, ecc) e/o alterazioni importanti dello stato di salute (febbre, tosse, catarro, disturbi gastroenterici, ma anche malattie del cuore, malattie respiratorie, ipertensione, diabete ed altro), è necessario segnalarlo all'anestesista;
- nelle otto ore che precedono l'intervento non assumere cibi solidi né bevande quali latte, cioccolata, spremute e succhi di frutta; è consentito invece bere modeste quantità di acqua e liquidi "chiari" (the, camomilla), fino a due-quattro ore prima dell'intervento;

- in età pediatrica (fino a 14 anni) o in particolari circostanze le modalità del digiuno preoperatorio possono variare: attenersi rigorosamente a quanto indicato dall'anestesista;
- togliere trucco e smalto per le unghie; rimuovere e consegnare ad un accompagnatore o al personale del reparto protesi dentarie, lenti a contatto, piercing, bracciali, anelli ed altri monili.

L'eventuale mantenimento di occhiali e apparecchi acustici dovrà essere concordato con l'anestesista.

In allegato troverà un fac-simile della DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA, da firmare in presenza dell'Anestesista dopo la visita ed il colloquio.

La preghiamo gentilmente di leggerlo con attenzione prima di incontrare l'Anestesista, al quale potrà porre domande e chiedere ulteriori chiarimenti sulle tecniche di anestesia e relativi effetti collaterali e complicanze.

Grazie per la Sua collaborazione.

Di seguito riportiamo l'elenco delle voci bibliografiche a cui si è fatto riferimento per documentare la frequenza delle complicanze.

1. Van Vlymen JM, White PF. Anesthesia di R. D. Miller, 2000 Cap 65.
2. Tikkanen J, Hovi-Viander M. Acta Anesth Scand 1995;262:39.
3. Domino KB. Anesthesiology 2004;100:1411-18.
4. McGee DC, Gould M., New England J Med 2003;348:1123.
5. Carpenter et al. Anesthesiology 1992;76:90.
6. Auroy Y et al. Anesthesiology 2002;97:1274.
7. Pan PH et al. South Med J 2004;97:359.
8. Ruppen W et al. Anesthesiology 2006;105:394.
9. Royal College of Anesthetists <http://www.rcoa.ac.uk/index.asp?SectionID=4>
10. Brandi L. Anestesia: per un consenso informato e consapevole: <http://www.brandianestesia.it/File/20PDF/ANESTESIA/20E/20CONSENSO.pdf>
11. SIAARTI: Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia e informazioni sulle tecniche anestesologiche <http://www.minervamedica.it/pdf/R02Y2005/R02Y2005N07A0290B.pdf>

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

In vista di: intervento chirurgico esame diagnostico:

proposto per me stesso/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Dichiaro di aver letto o che mi sono state lette le informazioni sull'anestesia, di avere ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesiolgici che verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento.

Dichiaro di avere discusso con l'anestesista gli effetti collaterali e le potenziali complicanze generiche e quelle specifiche possibili per il mio caso e che le ho prese in debita considerazione nel decidere l'accettazione del trattamento anestesiolgico concordato.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute mi collocano nella classe di rischio anestesiolgico **ASA*:**... **(*Vedi "Informazioni sull'anestesia")**

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è generalmente sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia, può comportare ancora oggi, in rarissimi casi, complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico.

Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono stati spiegati ed ho compreso quelli che sono gli **effetti collaterali e le potenziali complicanze** del trattamento anestesiolgico. In particolare essi comprendono:

COMUNI (frequenza: 1/10, 1/100)

- Dolore e/o arrossamento (ecchimosi-ematoma-flebite) nel sito di infusione
- Nausea o vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà transitoria nel parlare (disfonia)
- Mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista transitori
- Dolori e mal di schiena, debolezza e/o stanchezza transitori
- Prurito, brivido transitori
- Coaguli e trombi nelle gambe

- Lesioni nervose periferiche transitorie (4-6 settimane; max 1 anno)
- Stato confusionale e/o alterazioni della memoria transitori (soggetti anziani)
- Abrasioni degli occhi che possono causare dolore e richiedere trattamento topico locale

MENO COMUNI (frequenza:1/1.000, 1/5.000)

- Dolori muscolari transitori
- Problemi ad urinare (necessità catetere vescicale)
- Infezioni delle vie respiratorie (fumatori)
- Lesioni ai denti, lingua, labbra
- Lesioni ai nervi e nelle aree soggette a pressione ed appoggio
- Ricordo dell'evento chirurgico durante anestesia (in corso di alcuni interventi chirurgici ed in alcune situazioni di emergenza)

RARE (frequenza 1/10.000, 1/30.000)

- Lesioni vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni)
- Reazioni allergiche gravi e/o asma bronchiale
- Crisi Epilettiche e Convulsioni
- Lesioni nervose periferiche croniche.

MOLTO RARE (Frequenza 1/100.000, 1/200.000)

Queste possono causare danno neurologico permanente o decesso

- Blocco (ostruzione) delle vie aeree che potrebbero non essere controllate facilmente (es: vomito nei polmoni)
- Sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna)
- Infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare. Queste complicanze possono verificarsi soprattutto nei pazienti con:
 - o malattie delle arterie e del cuore (pressione alta, diabete, malattie renali);
 - o dei polmoni (asma, bronchite cronica, sindrome influenzale importante);
 - o nei fumatori;
 - o nella obesità;
- Ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale
- Infezione del midollo spinale

Infine ho compreso che le condizioni generali di salute possono esporre maggiormente alle seguenti possibili complicanze aggiuntive che possono essere di tipo:

NESSUNA CARDIOVASCOLARE RENALE RESPIRATORIO NEUROLOGICO
 METABOLICO ALTRO.....

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria

É PREVISTO il ricovero in Terapia Intensiva;

NON É STATO PREVISTO il ricovero in Terapia Intensiva, ma qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

Ho ben compreso le informazioni espresse in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr. _____ sul tipo di anestesia proposto e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali, comprese le eventuali alternative.

Inoltre acconsento alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento anestesilogico e chirurgico a cui sarò sottoposto, più appropriate alla mia situazione.

Dichiaro di accettare le procedure anestesilogiche, quindi ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DEL TRATTAMENTO ANESTESILOGICO:

Sono stato informato/a che il trattamento anestesilogico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi verranno spiegate, potrebbe essere modificato.

Dichiaro, inoltre, di **AVERE** **NON AVERE** espresso il consenso all'analgesia post-operatoria

AUTORIZZO IL MEDICO ANESTESISTA A COMUNICARE NOTIZIE RELATIVE AL MIO STATO DI SALUTE A (scrivere NESSUNO o specificare): _____

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** la registrazione e l'utilizzazione, a scopo didattico e/o scientifico, dei dati od altra documentazione che si dovessero acquisire nel corso delle indagini e/o dell'intervento, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della riservatezza rispetto al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma del/la paziente _____

Firma dell'interprete (se necessario)

FIRMA E TIMBRO DELL'ANESTESISTA _____

LUOGO E DATA

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere tassativamente annotata in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dall'interessato/a.

Allegato N° 7 Modulo per acquisizione Consenso Informato



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

In vista di: intervento chirurgico esame diagnostico:

proposto per: me stesso mio figlio minore mio amministrato:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

(compilare solo se paziente e la persona che esprime il consenso sono diverse)

Dichiaro di aver letto o che mi sono state lette le informazioni sull'anestesia, di avere ricevuto e compreso ogni spiegazione sui trattamenti anestesilogici che verranno adottati prima, durante e dopo l'intervento.

Dichiaro di avere discusso con l'anestesista gli effetti collaterali e le potenziali complicanze generiche e quelle specifiche possibili per il mio caso e che le ho prese in debita considerazione nel decidere l'accettazione del trattamento anestesilogico concordato.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute mi collocano nella classe di rischio anestesilogico **ASA*:... (* Vedi "Informazioni sull'anestesia")**.

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è generalmente sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia, può comportare ancora oggi, in rarissimi casi, complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico.

Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni.

In seguito alla mia richiesta di ulteriori informazioni, mi sono stati spiegati ed ho compreso quelli che sono gli **effetti collaterali e le potenziali complicanze** del trattamento anestesilogico. In particolare essi comprendono:

COMUNI (frequenza: 1/10, 1/100)

- Dolore e/o arrossamento (ecchimosi-ematoma-flebite) nel sito di infusione
- Nausea o vomito, mal di gola e/o secchezza della bocca, difficoltà transitoria nel parlare (disfonia)
- Mal di testa, vertigini e/o annebbiamento della vista transitori
- Dolori e mal di schiena, debolezza e/o stanchezza transitori
- Prurito, brivido transitori
- Coaguli e trombi nelle gambe
- Lesioni nervose periferiche transitorie (4-6 settimane; max 1 anno)

- Stato confusionale e/o alterazioni della memoria transitori (soggetti anziani)
- Abrasioni degli occhi che possono causare dolore e richiedere trattamento topico locale

MENO COMUNI (frequenza:1/1.000, 1/5.000)

- Dolori muscolari transitori
- Problemi ad urinare (necessità catetere vescicale)
- Infezioni delle vie respiratorie (fumatori)
- Lesioni ai denti, lingua, labbra
- Lesioni ai nervi e nelle aree soggette a pressione ed appoggio
- Ricordo dell'evento chirurgico durante anestesia (in corso di alcuni interventi chirurgici ed in alcune situazioni di emergenza)

RARE (frequenza 1/10.000, 1/30.000)

- Lesioni vie aeree superiori (laringe, trachea, polmoni)
- Reazioni allergiche gravi e/o asma bronchiale
- Crisi Epiletiche e Convulsioni
- Lesioni nervose periferiche croniche.

MOLTO RARE (Frequenza 1/100.000, 1/200.000)

Queste possono causare danno neurologico permanente o decesso

- Blocco (ostruzione) delle vie aeree che potrebbero non essere controllate facilmente (es: vomito nei polmoni)
- Sensibilità a carattere ereditario dei muscoli a particolari sostanze anestetiche (ipertermia maligna)
- Infarto del cuore, infarto del cervello ed infezione polmonare. Queste complicanze possono verificarsi soprattutto nei pazienti con:
 - o malattie delle arterie e del cuore (pressione alta, diabete, malattie renali);
 - o dei polmoni (asma, bronchite cronica, sindrome influenzale importante);
 - o nei fumatori;
 - o nella obesità;
- Ematoma (raccolta di sangue) del midollo spinale
- Infezione del midollo spinale

Infine ho compreso che le condizioni generali di salute possono esporre maggiormente alle seguenti possibili complicanze aggiuntive che possono essere di tipo:

NESSUNA CARDIOVASCOLARE RENALE RESPIRATORIO NEUROLOGICO
 METABOLICO ALTRO.....

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria

É PREVISTO il ricovero in Terapia Intensiva;

NON É STATO PREVISTO il ricovero in Terapia Intensiva, ma qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

Ho ben compreso le informazioni espresse in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dr. _____ sul tipo di anestesia proposto e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali, comprese le eventuali alternative.

Inoltre acconsento alle procedure invasive e non invasive che saranno necessarie per il tipo di trattamento anestesilogico e chirurgico a cui sarò sottoposto, più appropriate alla mia situazione.

Dichiaro di accettare le procedure anestesilogiche, quindi ACCONSENTO ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DEL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO:

Sono stato informato/a che il trattamento anestesilogico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi verranno spiegate, potrebbe essere modificato.

Dichiaro, inoltre, di **AVERE** **NON AVERE** espresso il consenso all'analgesia post-operatoria

AUTORIZZO IL MEDICO ANESTESISTA A COMUNICARE NOTIZIE RELATIVE AL MIO STATO DI

SALUTE A (scrivere **NESSUNO** o specificare): _____

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** la registrazione e l'utilizzazione, a scopo didattico e/o scientifico, dei dati od altra documentazione che si dovessero acquisire nel corso delle indagini e/o dell'intervento, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della riservatezza rispetto al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma del/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi ne esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorenni)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la loro identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione)

Eventuale firma del pz (in caso di curatela o amministrazione)

Eventuale firma dell'interprete

FIRMA E TIMBRO DELL'ANESTESISTA _____

LUOGO E DATA _____

NOTA: l'eventuale revoca del consenso deve essere tassativamente annotata in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) e debitamente firmata dal/i genitori o dal legale rappresentante.

Allegato N° 8

Programma Formativo

per gli Infermieri che partecipano alla

Sperimentazione

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Perfezionamento in

*“Avviamento della
sperimentazione regionale di
assistenza infermieristica
perioperatoria
FASE PREOPERATORIA”*

Anno Accademico 2008-2009

Manifesto degli studi

FINALITA' E OBIETTIVI FORMATIVI

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito dei programmi di innovazione, ha accolto la richiesta delle organizzazioni sanitarie di lavorare su sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi coerenti con le evidenze scientifiche, nell'ambito del perioperatorio ed in particolare dei blocchi operatori.

Il progetto “Medicina Perioperatoria” intende perseguire obiettivi di implementazione della qualità dell'assistenza perioperatoria con azioni rivolte a:

- Aumentare il livello di sicurezza del processo perioperatorio
- Aumentare il livello qualitativo dei processi di gestione di alcune dimensioni cliniche come la gestione del dolore

- Adeguare l'offerta di assistenza perioperatoria ai livelli di qualità percepita attesa dal cittadino
- Ottimizzare le risorse disponibili per la gestione del processo di cura perioperatorio
- Implementare l'intreccio territorio-ospedale
- Costruire un portfolio di competenze dei diversi attori in particolare operatori dell'area assistenziale
- Costruire sulla base del portfolio di competenze i curricula formativi necessari per la formazione complementare specialistica da attivare per l'ingresso del personale in tale area in collaborazione con l'Università.

La sperimentazione del progetto avverrà, a partire dal mese di giugno 2009 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Chirurgia generale, Ortopedia), l'Ospedale Bufalini di Cesena (Chirurgia generale, Otorinolaringoiatria, Urologia), l'Ospedale Nuovo di Imola (Chirurgia Generale, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia), Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia (Oculistica, Otorinolaringoiatria, Ortopedia), Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (Ortopedia). Finalità di questo Corso è fornire le competenze necessarie per avviare la sperimentazione del progetto.

Il Corso avrà carattere teorico-pratico.

Il partecipante che avrà seguito con profitto il Corso sarà in grado di:

- Accogliere il paziente, il care-giver e i familiari, creando le opportune condizioni per facilitare un efficace accertamento clinico-assistenziale.
- Adottare comportamenti che accolgano l'altro senza discriminazioni di razza, religione, età o stato sociale
- Riformulare quanto riferito dal paziente, dal care-giver o dal familiare attraverso tecniche di ascolto attivo.
- Informare il paziente adeguando il proprio linguaggio
- Verificare la comprensione del materiale informativo fornito.
- Riconoscere il proprio ruolo, quello degli altri componenti il team e i diversi livelli di responsabilità
- Utilizzare tecniche di gestione del rischio.
- Partecipare alla strategia condivisa con il team per la valutazione della gestione del rischio.
- Garantire riservatezza nel trattamento dei dati raccolti.
- Esercitare entro il campo di responsabilità professionale previsto.
- Riconoscere i limiti di competenza.
- Applicare il modello della negoziazione all'interno del team perioperatorio
- Valutare le condizioni dei pazienti a basso rischio utilizzando modalità e strumenti condivisi in collaborazione con le altre figure del team.
- Valutare le informazioni già in possesso del paziente.
- Documentare le condizioni mediche preesistenti
- Riconoscere le indicazioni cliniche e le potenziali reazioni avverse ai farmaci impiegati in ambito peri-operatorio.
- Favorire la continuità assistenziale
- Sviluppare progettualità.

PERIODO, SEDE

Il Corso afferisce alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e rientra fra le attività didattiche previste, ai sensi dell'art. 3, comma 8 del D.M. 3.11.99 n. 509, dall'art. 20 del Regolamento Didattico di Ateneo, approvato con Decreto Rettorale in data 24.10.2001.

Il Corso, che avrà inizio nell'ultima decade di aprile e terminerà nell'ultima decade di maggio, consisterà in dieci incontri, di una giornata e di un periodo di stage da svolgersi presso le Aziende di appartenenza.

La Direzione del Corso ha sede presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Sezione di Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica

AMMISSIONE E VALUTAZIONE

Sono ammessi al Corso, in numero non superiore a 30 e non inferiore a 25, infermieri con 5 anni complessivi di esperienza in attività clinica e 3 anni di attività svolta presso sale operatorie, servizi di anestesia e percorsi pre-operatori e/o preospedalizzazione nelle aziende coinvolte nella sperimentazione.

Qualora il numero delle richieste superasse i posti disponibili, sarà stilata una graduatoria, in base ai titoli presentati dai candidati, da una Commissione formata dal Responsabile del Corso e da due Docenti del Corso stesso.

Sono ammessi al Corso di perfezionamento coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, siano collocati in posizione utile nella graduatoria compilata in base al punteggio complessivo.

Al termine del Corso sarà rilasciato l'attestato di frequenza.

Gli iscritti sono tenuti al versamento di € 700 (settecento) come contributo di iscrizione. Tale importo deve essere versato sul conto corrente bancario n. 357832/78, intestato all'Università degli Studi di Parma, ABI 6230, CAB 12700, indicando la causale "Corso di perfezionamento in Avviamento della Sperimentazione Regionale di Assistenza Infermieristica peri-operatoria. Fase Preoperatoria".

MODALITA' DI AMMISSIONE

Le domande di ammissione vanno fatte pervenire **entro il 27 marzo 2009** al seguente indirizzo:

Corso di perfezionamento in Avviamento della Sperimentazione Regionale di Assistenza Infermieristica peri-operatoria. Fase Preoperatoria

Università degli Studi di Parma –

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Sezione di Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica

Via Gramsci 14, 43100 Parma.

La domanda deve riportare:

- Cognome e nome
- Data e luogo di nascita
- Residenza anagrafica e codice fiscale
- Titolo di studio conseguito
- Ente/società di appartenenza
- Indirizzo, telefono, e-mail, ai fini delle comunicazioni relative al corso.

Possono essere allegati documenti e pubblicazioni ritenuti utili ai fini di un eventuale concorso.

Informazioni aggiuntive possono essere richieste a:

prof. Leopoldo Sarli - Università degli Studi di Parma
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Sezione di Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica
via Gramsci 14, 43100 Parma, Italy.
Tel.:0521-702156 - 702158
Fax:0521-940125
e-mail: mauro.gandolfini@unipr.it