**INDICE**

[0. MATRICE DELLE REVISIONI E LISTA DI DISTRIBUZIONE](#_Toc24906450)

[1. INTRODUZIONE](#_Toc24906451)

[2. CAMPO DI APPLICAZIONE](#_Toc24906452)

[3. MODALITÀ ESECUTIVE](#_Toc24906453)

[4. IL CONSENSO INFORMATO](#_Toc24906454)

[5. LA RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA](#_Toc24906455)

[6. PAZIENTI OPERABILI](#_Toc24906456)

[7. VISITA ANESTESIOLOGICA](#_Toc24906457)

[8. ANESTESIA](#_Toc24906458)

[9. ESAMI DI LABORATORIO RICHIESTI](#_Toc24906459)

[10. DISPOSIZIONI GENERALI PRE E POST INTERVENTO](#_Toc24906460)

[11. IL GIORNO DELL’INTERVENTO](#_Toc24906461)

[12. ALLEGATI](#_Toc24906462)

# **MATRICE DELLE REVISIONI E LISTA DI DISTRIBUZIONE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| matrice delle revisioni | | | | | | | | |
| REVISIONE | DATA | DESCRIZIONE / SEGNALAZIONE  TIPO MODIFICA | | | EMISSIONE | | VERIFICA | APPROVAZIONE |
| RGQ | | RGQ | DIR |
| 00 | 11.11.2013 | Prima emissione | | | X | | X | X |
| 01 | 06.12.2017 | Aggiornamento normativa | | | X | | X | X |
| 02 | 01.10.2019 | Aggiornamento | | | X | | X | X |
| 03 | 18.11.2020 | Aggiornamento | | | X | | X | X |
| 04 |  |  | | |  | |  |  |
| 05 |  |  | | |  | |  |  |
| LISTA DI DISTRIBUZIONE | | | | | | | | |
| FUNZIONE | | | DATA CONSEGNA | COPIA CONTROLLATA N. | | FIRMA RICEVENTE | | |
| RGQ/DIR/COM/ACQ | | |  | 1 | |  | | |
| PRO/CQ | | |  | 2 | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |

# **INTRODUZIONE**

Il Day Surgery è definito come “la possibilità amministrativa e clinica di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche invasive o semi-invasive in anestesia locale, loco regionale o generale, con degenza limitata allo stesso giorno dell’intervento”, oppure in caso di necessità, con possibilità di un ricovero notturno per trattare la complicanza.

Quindi per definizione, la degenza del paziente è limitata al solo giorno dell’atto chirurgico, escludendo il pernottamento.

Il day surgery richiede:

* Opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera;
* Specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l’essere dedicata esclusivamente ad attività elettive, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi.,
* Attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

A tal fine è importante razionalizzare le risorse, umanizzare l’assistenza, assicurare continuità nell’assistenza e ridurre il numero delle complicanze.

Tutto ciò coinvolge Operatori, Infermieri, Assistenti, ausiliari ed amministrativi in un tipo di lavoro altamente inter-dipendente che richiede competenza specifica, motivazione e continuo aggiornamento.

Le difficoltà maggiori per il personale, non solo infermieristico ma anche medico, sono dovute al fatto che i momenti dell’assistenza (ricovero, intervento, immediato postoperatorio, dimissione) sono troppo ravvicinati, rispetto alla degenza tradizionale e richiedono un impiego di risorse maggiori per poter garantire un servizio di qualità e di sicurezza all’utente.

È importante che il personale abbia delle buone capacità relazionali e di comunicazione per poter individuare i disagi dell’utente e monitorare le difficoltà, l’ansia e la paura legate al percorso chirurgico costretto ad affrontare in brevissimo tempo e a riporre la giusta fiducia verso la struttura e l’intera equipe che lo assiste.

# **CAMPO DI APPLICAZIONE**

L’Unità Operativa di Chirurgia Maxillo Facciale- CALABRODENTAL Srl è dotata di un reparto di Day Surgery con: tre stanze di degenza maxillo-facciali con due posti letto per ogni stanza e una stanza con due posti letto per quanto concerne odontostomalogia.

L’equipe è composta da personale medico, infermieristico ed amministrativo.

I modelli organizzativi utilizzati per il Day Surgery riconoscono al personale un ruolo molto importante e ben definito per le sue competenze organizzative, gestionali e anche di controllo dei processi assistenziali che lo vedono impegnato in prima persona.

A livello organizzativo nella gestione delle risorse si tiene conto di:

* Qualità delle prestazioni erogate;
* Formalizzazione dei comportamenti e tecniche attraverso l’utilizzo di protocolli;
* Personale che sia in grado di fornire un’assistenza qualificata e che si impegna a rispettare un percorso assistenziale finalizzato senza lasciare nulla al caso.

È importante che tutto il personale coinvolto abbia una particolare conoscenza di tutte le apparecchiature e di tutti gli strumenti utilizzati per le procedure in day surgery.

Per quanto riguarda le competenze di controllo, il personale deve essere in grado di rilevare gli indicatori di efficienza per poter raggiungere è uno standard di qualità professionale.

Il grado di efficienza del lavoro quotidiano è dato dai seguenti indicatori:

* Ripetibilità delle procedure (anche amministrative)
* Assenza di complicanze chirurgiche
* Assenza di infezioni
* Ripristino rapido del grado di autonomia
* Soddisfacimento dell’utente

# **MODALITÀ ESECUTIVE**

* 1. **Descrizione delle attività**

I ricoveri in day-surgery sono esclusivamente ricoveri programmati.

L’assistenza in regime di day-surgery, si caratterizza per un “pacchetto” predefinito di trattamento che comprende sia gli esami e le visite pre-operatorie, sia l’intervento chirurgico sia i controlli postoperatori; si configura come unico episodio di ricovero costituito da più accessi.

Un aspetto fondamentale del percorso in day-surgery è l’unitarietà temporo-spaziale e l’obiettivo è quello di effettuare tutte le prestazioni necessarie in un numero limitato di accessi.

Il percorso del paziente eleggibile per il trattamento in day-surgery, successivamente alla prima visita specialistica, prevede di norma 2 accessi successivi per i pazienti di tipo A e 3 accessi successivi per i pazienti di tipo B o C.

I pazienti di “TIPO A” sono pazienti da trattare sottoponendoli ad anestesia locale

I pazienti di “TIPO B” sono pazienti da trattare sottoponendoli a sedo-anelgesia

I pazienti di “TIPO C” sono pazienti da trattare sottoponendoli a anestesia generale

**PAZIENTE “A”**

1. **PRIMO ACCESSO:** Prima visita (consegna richiesta analisi e dicitura ricetta)
2. **SECONDO ACCESSO:** Ricovero, intervento chirurgico e dimissione.
3. **TERZO ACCESSO:** Fase post-ricovero (controlli post-operatori)

**PAZIENTE “B” O “C”**

1. **PRIMO ACCESSO:** Prima visita (consegna richiesta analisi e dicitura ricetta)
2. **SECONDO ACCESSO:** Pre-Ricovero (visita anestesiologica, cardiologica, esami radiografici e ematochimici)
3. **TERZO ACCESSO:** ricovero, intervento chirurgico e dimissione
4. **QUARTO ACCESSO:** Fase post-ricovero (controlli post-operatori)

Il paziente candidato all’intervento in day-surgery è reclutato attraverso l’attività dei nostri ambulatori oppure viene inviato dagli studi privati sul territorio e dai medici di famiglia oppure sono pazienti indotti.

A ciò si aggiunge la possibilità di ricevere pazienti inviati dal presidio ospedaliero in quanto il day-surgery Calabrodental rappresenta l’unica struttura specializzata sul territorio in Chirurgia Maxillo Facciale ed ha un collegamento funzionale con l’Ospedale Civile di Crotone.

Il percorso assistenziale degli interventi e delle procedure in regime di day-surgery riconosce dei momenti prestabiliti e ben definiti.

In ogni tappa il personale ha una valenza importante per l’utente sia sotto l’aspetto tecnico che comunicativo:

* Prima visita;
* Visita di prericovero (dopo l’esecuzione degli esami richiesti) per i pazienti classificati come tipo “B” o “C”.
* Raccolta del Consenso informato
* Accesso per l’intervento (giorno dell’appuntamento con conferma almeno 1 gg prima dell’intervento)
* Decorso post-operatorio (monitoraggio ed assistenza psicologica)
* Dimissione e rapporto con il medico curante (compilazione della lettera di dimissioni indirizzata al medico curante, istruzioni dettagliate post-intervento)
* Accesso per i controlli.

L’informazione ha un ruolo importante, mira a chiarire ogni dubbio e soprattutto a rassicurare l’utente che esiste una continuità d’assistenza anche con il domicilio, per cui questo tipo di trattamento non deve essere inteso come un’interruzione forzata del postoperatorio.

Al fine di rendere più esauriente l’informazione, è prevista (in fase di realizzazione) una brochure informativa che fornisce notizie sulla tipologia del ricovero, ammissione e dimissione, indicazioni alla sottoscrizione del consenso informato, ecc.

Al momento, nella fase di dimissione, viene rilasciato al paziente un documento con le note informative inerenti al comportamento da tenere di fronte ad eventuali “evenienze”.

* 1. **PRIMO ACCESSO:**

La valutazione pre-operatoria rappresenta una tappa fondamentale del percorso di preparazione di ogni paziente verso un intervento chirurgico per vari motivi.

Consente di stabilire un rapporto fiduciario medico- paziente che costituisce la premessa essenziale per la buona riuscita del nostro lavoro.

Dopo aver fornito al paziente tutte le informazioni richieste, è importante ottener il suo consenso all’anestesia ed all’intervento.

Numerosi studi hanno osservato come il primo incontro, compreso quello con l’anestesista, ha una funzione tranquillizzante e rassicurante per i pazienti che trovano risposte a dubbi e perplessità.

Con la visita specialistica (a cura dell’operatore medico responsabile della prima visita) il paziente è valutato sotto l’aspetto clinico, al fine di determinare la patologia ed assumere l’incarico per il trattamento.

Il paziente è informato sull’intervento o sulla procedura a cui sarà sottoposto e sui relativi rischi; firma il consenso (chirurgico) ed eventuale consenso all’anestesia locale.

In questa fase l’Operatore sostiene l’utente nelle scelte terapeutiche e garantisce tutte le capacità di comprensione dell’utente al fine di promuovere la massima adesione delle scelte.

Il medico dovrà compilare il foglio prima visita DETTAGLIATAMENTE ed in tutti i campi preposti:

1. Nome e cognome
2. Data di nascita
3. Data della 1^ visita
4. Diagnosi (chiara e quanto mai scientifica in quanto ciò consentirà all’amministrazione di compilare la ricetta rossa in maniera corretta)
5. Piano di trattamento
6. Tipologia dell’intervento (A, B o C) al fine di consentire il corretto percorso terapeutico del paziente all’interno del presidio day surgery
7. Esami richiesti (tali esami sono generalmente a carico della struttura day surgery se eseguiti presso la nostra struttura affiliata);
8. Data seduta operatoria
9. Tempo previsto di trattamento chirurgico
10. Referto Operatorio (compilato dettagliatamente con eventuali prescrizioni o raccomandazioni fatte al paziente).

L’amministrazione day-surgery provvede all’APERTURA DELLA CARTELLA CLINICA, all’acquisizione dei dati anagrafici, copia del documento di identità, copia di eventuali certificati di invalidità, e farà sottoscrivere al paziente il modulo PRO24-M06 “Informativa prericovero”; provvederà a fissare l’appuntamento per l’intervento (paziente A) unitamente all’appuntamento per la visita anestesiologica, la visita cardiologica e gli esami di laboratorio (pazienti B e C).

Per i pazienti ai quali è organizzato un secondo ricovero, è necessario compilare nuovamente il foglio 1^ visita, far firmare la ricetta, il consenso informativo chirurgico, ecc…

Nella Visita Anestesiologica (a cura dell’anestesista), in base alle condizioni del paziente e della tipologia dell’intervento (per i pazienti “B” e “C”), il medico competente o membri del suo team danno il consenso al tipo di anestesia e il paziente darà il consenso scritto.

**Sintesi delle fasi del “primo accesso”**

Dopo la visita medica si indirizza il paziente al percorso Day Surgery

* accoglienza
* raccolta dati anagrafici
* acquisizione del consenso informato
* consegna foglio per indagini preoperatorie
* acquisizione documento di riconoscimento ed eventuale documento d’invalidità;
* apertura cartella clinica e relativo diario clinico.
  1. **SECONDO ACCESSO (intervento 2° accesso per i pazienti di tipo “A” e terzo accesso per i pazienti di tipo “B” e “C”)**

L’accesso per l’intervento è il momento centrale dell’assistenza, il lavoro di tutta l’equipe è incentrato nella risoluzione della patologia, nel riportare il paziente ad un grado di indipendenza ed autonomia, nell’evitare complicanze.

Il paziente si presenta all’ora stabilita.

In caso di notevole ritardo e se il tutto rischia di compromettere la seduta operatoria giornaliera è opportuno rinviare l’intervento per non penalizzare i pazienti successivi.

All’atto dell’accoglienza del paziente il giorno dell’intervento è necessario procedere alla verifica di:

* dati anagrafici sulla lista operatoria
* aderenza alle istruzioni pre-operatorie
* presenza di un accompagnatore per i pazienti di tipo “B” o “C” (possibilmente indicarne il nome) in grado di assisterlo per le prime 24-48 ore dopo l’intervento chirurgico al proprio domicilio
* questionario per esprimere la propria valutazione sull’assistenza ricevuta

L’assistenza pre operatoria si pone di raggiungere i seguenti obiettivi:

* ricovero amministrativo del paziente (apertura SDO)
* accoglienza dell’utente e sistemazione della camera di degenza dopo averne verificato l’idoneità
* preparazione per l’accesso in camera operatoria con opportuno vestiario
* eventuale preparazione farmacologica (somministrazione di farmaci, profilassi antibiotica)

Il ricovero del paziente non coincide con l’apertura della cartella clinica.

Il paziente si ricovera nella struttura il giorno dell’intervento ed è dimesso lo stesso giorno, tranne casi dove insorgano delle complicanze con possibilità di trasferimento presso altra struttura protetta.

Il paziente è assistito, anche sotto il profilo psicologico, dall’infermiere di degenza, finchè non è condotto in sala operatoria.

È cura del responsabile della degenza acquisire, in funzione dell’intervento e dei tempi di degenza, il numero degli accompagnatori presenti per poter organizzare il pranzo.

Detta informazione dovrà essere trasmessa al responsabile mensa.

Per i pazienti di tipo “A” è eseguita la visita anestesiologica al momento del ricovero e comunque il chirurgo provvederà contemporaneamente alla compilazione di tutti i campi previsti con particolare attenzione ai seguenti:

* dati anagrafici;
* diagnosi di ingresso e di dimissione
* anamnesi familiare, fisiologica e patologica remota ( con eventuali ricoveri precedenti);
* peso, frequenza, fumo ed alcool
* esami effettuati (routine, completo, ecg)
* anamnesi patologica recente
* farmaci in fase di assunzione
* eventuali allergie
* anamnesi patologica speciale (massimo precisione descrittiva e completezza di informazioni)
* esami radiografici eseguiti
* esame obiettivo prendendo in considerazioni i seguenti aspetti:

1. mucose (lingua, guance, palato, pavimento della bocca, fornice)
2. linfonodi
3. articolazione temporo-mandibolare (click o spasmi, apertura, deviazioni)
4. occlusione
5. restauri protesici e conservativi
6. condizioni rilevati dall’esame radiografico
7. edentulie
8. gengive
9. igiene orale
10. patologia oggetto del ricovero

* terapia prevista
* terapia effettuata (vedi referto operatorio)
* annotazioni

Al fine del trattamento è cura del chirurgo la compilazione del referto operatorio unitamente, che mette in condizione l’amministrazione di compilare il foglio di dimissione e la relativa SDO del paziente ai fini amministrativi.

Tutti gli elementi acquisiti durante la fase di selezione (accertamenti, consulenze) devono essere raccolti o trascritti all’interno della cartella clinica.

Se il paziente, senza giustificato motivo, non si presenta durante il ciclo programmato, lo si considera in dimissione volontaria con la data dell’ultimo contatto con la struttura (anche telefonico).

In tal caso si indica in cartella il n. di telefono, l’ora ed il nome della persona con cui si è avuto contatto, con indicazione della motivazione.

* 1. **Fase post-operatoria**

Dopo l’intervento chirurgico, il paziente sosta nelle sale di degenza per un massimo di quattro ore, secondo normativa cogente.

L’assistenza postoperatoria mira al controllo dell’attività respiratoria, delle condizioni cardiocircolatorie, del grado di attività volontaria del paziente, nonché delle possibili complicanze immediate tipo la cefalea, la nausea, il vomito e il dolore.

La scelta del momento più idoneo per la dimissione è fatta prendendo in considerazione i tempi necessari per il recupero e per garantire il benessere al paziente.

L’infermiere si pone l’obiettivo di verificare:

* La stabilità dei parametri vitali
* L’orientamento spazio temporale del paziente
* L’assenza di sintomatologia dolorosa (nausea, vomito, cefalea, sanguinamento della ferita)
* La mobilità autonoma del paziente.

Tali parametri di controllo sono riportati su apposita scheda da allegare alla cartella clinica, a cura dell’infermiere, e comunque, con attenzione da parte di tutti.

In questa fase dovrà essere massima l’attenzione dell’addetto alle sale di degenza al fine di fornire la massima assistenza al malato ed ai familiari.

È consegnato un questionario da compilare per esprimere il suo parere sulla qualità (Customer Satisfaction) delle prestazioni ricevute, sul comfort della struttura, sui tempi di attesa, sulla disponibilità del personale e sulla qualità delle informazioni ricevute. Tutto ciò permette di valutare i risultati del percorso assistenziale e apportare le necessarie modifiche per garantire una risposta sempre più adeguata ai bisogni dell’utenza.

* 1. **Dimissioni**

In dimissione l’Operatore medico consegna al paziente tutte le informazioni standard (consigli post-operatori, numero di telefono per la reperibilità, data del controllo successivo).

La dimissione del paziente è stabilita dal chirurgo che ha effettuato l’intervento in accordi con l’anestesista dopo il tempo necessario, che varia in base al tipo di intervento ed anestesia eseguita,

ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri, eventualmente con l’ausilio di appositi punteggi di performance:

-recupero completo dell’orientamento temporo-spaziale

-Confermata stabilita cardiocircolatoria

- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree

- assenza di problemi respiratori (condizioni sovrapponibili al preoperatorio)

-confermato ripristino della minzione spontanea

-assenza di sanguinamento

-minima sensazione di dolore e nausea, compatibili con una gestione domiciliare

-confermata capacità di assumere liquidi

-confermata capacità deambulatoria (o comunque di eseguire movimenti sovrapponibili a quelli effettuati nel preoperatorio e consentiti dal tipo di intervento)

- controllo e medicazione della ferita

-confermata presenza di un accompagnatore

Al paziente, all’atto della dimissione, deve essere consegnato, oltre alla scheda informativa di cui si è detto in precedenza, una Relazione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all’intervento, alla procedura eseguita e alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

* Breve descrizione dell’intervento chirurgico o della procedura effettuata
* Eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo preoperatorio
* Trattamenti farmacologici consigliati nell’immediato postoperatorio
* Eventuali complicanze possibili e le precauzioni da adottare
* Eventuali giorni di riposo consigliati
* Indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

La dimissione del paziente Day Surgery, si definisce “dimissione protetta”, in quanto prevede il controllo chirurgico ed anestesiologico. È garantita un’assistenza d’urgenza domiciliare tramite il contatto telefonico per le 24 ore successe, compresi i giorni festivi, mediante reperibilità telefonica e la fornitura diretta dei farmaci necessari.

Il paziente è sempre contattato la sera dell’intervento al fine di valutarne le condizioni fisiche, lo stato psicologico, i servizi ricevuti e per fornire ulteriore informazione necessaria.

Inoltre è al momento delle dimissioni che si stabilisce e si comunicano al paziente eventuali controlli successivi da effettuare (pianificazione del follow up).

* 1. **SINTESI DELLE FASI DEL “SECONDO ACCESSO” (INTERVENTO)**
* Apertura della SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
* Verifica delle condizioni cliniche
* Intervento chirurgico
* Compilazione della scheda anestesiologica
* Compilazione del referto chirurgico
* Assistenza perioperatoria
* Controllo dei parametri clinici (registrazione su apposito modulo)
* Dimissione entro la stessa giornata
* Compilazione di una relazione per il medico curante
* Pianificazione del follow up.

Il follow up comprende una o più controlli ambulatori rintracciabili nella cartella clinica che fanno parte integrale del processo assistenziale.

Al termine dei controlli si chiude la SDO (la chiusura della SDO corrisponde alla data dell’ultimo accesso previsto dal ciclo assistenziale).

Ai fini del calcolo della degenza media, del tasso di utilizzo dei posti letto e degli indici di performance, è considerato come giorno di ricovero soltanto l’accesso relativo all’esecuzione dell’intervento e/o della procedura chirurgica.

È facoltà del medico dimissionario ritenere opportuno non effettuare eventuali controlli post-operatori.

Ogni accesso e qualsiasi informazione, deve essere trascritto in diario clinico.

# **IL CONSENSO INFORMATO**

Nel day-surgery il consenso dell’assistito si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione di norma avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l’atto chirurgico.

Il consenso assume il significato di accettazione da parte dell’iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l’osservazione delle indicazioni comportamentali fornite.

L’informazione che il day surgery fornisce al paziente sono:

* Le condizioni cliniche
* La tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la possibilità che la tecnica venga modificata in corso di intervento qualora l’anestesista lo ritenesse opportuno
* La tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell’intervento e le modalità di preparazione.

# **LA RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Tutte le informazioni raccolte durante l’iter assistenziale sono registrate per poter assumere tempestivamente le decisioni più opportune per il paziente.

Pertanto occorre:

* aggiornare la cartella con un diario clinico del paziente che contenga tutto quello che è eseguito al paziente da quando entra a quando si chiude la cartella, compreso le prescrizioni diagnostiche ed eventuali raccomandazioni. Inoltre il diario clinico deve contenere indicazioni per eventuali controlli successivi da fare, se il medico lo ritiene necessario.

Le cartelle cliniche e le procedure di ammissione, cura e dimissione dei pazienti sono archiviate, prevedendo livelli adeguati di informatizzazione.

# **PAZIENTI OPERABILI**

I pazienti operabili sono:

* Portatori di handicap
* Bambini di età superiore ai 4 anni non collaboranti
* Epilettici
* Con deficit della coagulazione
* Cardiopatici
* Neurolesi
* BPCO
* Anziani
* Pazienti affetti da iperiflessia
* Diabetici;
* Ipertesi scompensati
* Emofilici
* Allergici
* Ansiosi
* Pazienti con problematiche infettive
* Tutti i pazienti a rischio di Classe 1-2-3

# **VISITA ANESTESIOLOGICA**

Sono sottoposti a visita anestesiologica preventiva tutti i pazienti che dovranno essere sottoposti ad anestesia generale (pazienti disabili, non collaboranti, patologie complesse), a sedazione intravenosa.

Si precisa che tutti quei pazienti da trattare in anestesia locale (pazienti A) non necessitano di visita anestesiologica in quanto sono valutati al momento dell’intervento.

* La visita avverrà presso Calabrodental;
* Il paziente all’atto della visita dovrà portare con sé i risultati degli esami precedentemente richiesti, se eseguiti altrove e tutti la documentazione inerente eventuale patologia diagnosticata;

Eseguita la visita anestesiologica, la segreteria del Day Surgery:

* Comunicherà al paziente la data dell’intervento
* Confermerà poi al medico operatore il giorno e l’ora dell’intervento

# **ANESTESIA**

Le tipologie di anestesia sono:

* Sedo-analgesia
* Anestesia generale
* Anestesia locale in assistenza anestesiologica

Questo tipo di trattamento è adottato per i pazienti definiti a “rischio” che debbano essere trattati in anestesia locale ma per i quali è consigliabile un monitoraggio delle funzioni vitali in ambiente protetto.

I pazienti “a rischio” sono soggetti con patologie cardiache, epatiche, renali, vascolari, polmonari, allergiche, diabetici oppure pazienti molto anziani, che sono opportunamente ASA1, ASA2 e ASA3 in base ad un’accurata valutazione del rischio e seguendo la classificazione:

* ASA1 paziente senza altre patologie tranne quelle per cui viene all’intervento
* ASA2 paziente con compromissione non grave e ben compensata di qualche organo e che svolge una normale vita di relazione e lavorativa
* ASA3 paziente con grave compromissione più o meno compensata di qualche organo o apparato e che non svolge una vita di relazione ed una vita lavorativa normale

L’intervento in assistenza anestesiologica è oggi spesso adottato dagli odontoiatri di fronte a questi particolari pazienti, per operare sicuri da ogni possibile rischio e confortati dalla presenza dell’anestesista-rianimatore durante tutto l’intervento.

* 1. **sedo-analgesia**

E’ una tecnica con infusione per via endovenosa di farmaci ad azione ipnotica e sedativa centrale associati a farmaci ad azione analgesica e ad infiammatori non steroidei, con rapporto quantitativo diverso a seconda delle esigenze chirurgiche.

Questo tipo di anestesia è generalmente adottata per i pazienti che devono sottoporsi ad intervento di parodontologia ed implantologia, oppure per pazienti che soffrono di iper-riflessia ed ansia.

* Il paziente è visitato precedentemente dall’anestesista
* Gli esami richiesti sono completi
* Il paziente verrà ricoverato e tenuto sotto osservazione per alcune ore dopo l’intervento
  1. **anestesia generale**

Questa anestesia può essere usata per qualsiasi tipo di paziente.

L’anestesia verrà ottenuta tramite i seguenti passaggi:

* induzione venosa
* intubazione Oro o naso-tracheale;
* ventilazione con pressione positiva
* mantenimento con aria medicale-ossigeno
* uso di anestetici volatili e/o neuro lepto analgesia
* tecniche di ipotensione controllata

# **ESAMI DI LABORATORIO RICHIESTI**

MODULO n.1: contenente elenco esami validi per tutti gli interventi di routine in Anestesia generale e sedo anelgesia (PRO24-M02):

* Elettrocardiogramma e referto cardiologico
* Se richiesto dall’anestesista: Rx torace
* Esame emocromocitometrico completo
* PT, PTT, INR
* azotemia
* glicemia
* CPK
* Bilirubina
* Creatinina
* Elettroliti (sodio, potassio, calcio)
* Markers epatite

MODULO n.2 contenente elenco con esami richiesti per pazienti da sottoporre a interventi in anestesia locale (PRO24-M03):

* Esame emocromocitometrico completo
* PT, PTT, INR
* Glicemia
* Marker epatite

Nel caso il paziente esegua gli esami di prericovero presso la sua sede, gli verrà inoltrato il “Questionario prericovero esterno” (PRO24-M04) e sarà sottoposto a visita anestesiologica il giorno dell’intervento.

# **DISPOSIZIONI GENERALI PRE E POST INTERVENTO**

Per essere ammesso al trattamento chirurgico proposto in anestesia generale o sedazione, il paziente si attiene alle seguenti disposizioni (PRO24-M05):

1. Non mangiare o bere nelle 6 ore precedenti l’appuntamento previsto
2. Venire accompagnato da una persona adulta responsabile, la quale dovrà altresì assumersi l’onere di riaccompagnare il paziente alla propria abitazione
3. Il paziente dovrà essere invitato a non guidare o lavorare o bere alcolici per almeno 24 ore dopo l’intervento
4. Il paziente dovrà informare l’anestesista circa i farmaci che normalmente assume
5. Il paziente dovrà informare l’anestesista se o quando è stato sottoposto ad anestesia generale in passato
6. In caso di minori o di pz con alterazioni della capacità di intendere e volere, è INDISPENSABILE al fine dell’intervento la presenza di entrambi i genitori per la firma congiunta dei consensi.

# **IL GIORNO DELL’INTERVENTO**

Dal punto di vista logistico nella struttura il paziente è accolto ad intervento programmato e preparato all’atto operatorio.

L’anestesista e l’infermiere di turno procederanno ad un ulteriore incontro con il paziente per verificarne le reali condizioni di salute, far firmare i consensi e procedere alla vestizione per l’ammissione in sala operatoria.

I passaggi sono:

1. Visita in degenza
2. Sala operatoria
3. Degenza

Fatto entrare attraverso l’ingresso del Day Surgery il paziente è condotto in una delle 4 camere di degenza dove si prepara con camice, cuffia e calzari; successivamente è accompagnato da un’assistente nella sala operatoria o dall’infermiere, dove è sottoposto all’intervento previa anestesia generale, sedazione i.v. o monitoraggio.

I chirurghi e l’anestesista, prima di entrare nelle sale operatorie dove avverrà la seduta chirurgica, abbandoneranno i propri abiti civile ed indosseranno la divisa di sala, con relativa cuffietta, calzari, e mascherina.

Finito l’intervento il paziente, in relazione al recupero delle funzioni psichiche e cardio-respiratorie viene accompagnato nella sala degenza.

Per tutta la durata del periodo di recupero post-operatorio è controllato a vista dal personale ausiliario.

Nella sala operatoria dopo l’intervento è effettuata la pulizia di routine: la teleria e il materiale sporco sono depositati negli appositi contenitori e posti nel locale “zona sporca”, dove il personale addetto lo preleverà dall’esterno. I ferri passano direttamente nella zona sterilizzazione della sala operatoria.

L’anestesista nel frattempo segue il paziente fino al risveglio completo intendendosi che il paziente potrà essere dimesso a seguito di una corretta esecuzione di opportuni test valutativi dell’attenzione e della concentrazione.

Il paziente è dimesso solo se accompagnato da una persona di fiducia.

# **ALLEGATI**

* PRO24-M01 “prescrizione per emissione ricetta”
* PRO24-M02 “richiesta esami per interventi in anestesia generale e sedazione”
* PRO24-M03 “richiesta esami per interventi in anestesia locale”
* PRO24-M04 “questionario anamnesi pre-ricovero pazienti esterni”
* PRO24-M05 “Raccomandazioni al paziente prima dell’intervento”
* PRO24-M06 “Informativa Prericovero”
* [M08-POS13 CARTELLA ANESTESIOLOGICA](file:///C:\Users\Enza\Documents\Marrelli%20Health\PROCEDURE%20QUALITA'\SGQ%202019%20CALABRODENTAL\PROCEDURE%20SANITARIE\MODULI%20POS\MODULI%20POS13\M08-POS13%20CARTELLA%20ANESTESIOLOGICA.pdf)
* [M07-POS13 INFORMATIVA PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA](file:///C:\Users\Enza\Documents\Marrelli%20Health\PROCEDURE%20QUALITA'\SGQ%202019%20CALABRODENTAL\PROCEDURE%20SANITARIE\MODULI%20POS\MODULI%20POS13\M07-POS13%20INFORMATIVA%20PER%20L'ACQUISIZIONE%20DEL%20CONSENSO%20INFORMATO%20ALL'ANESTESIA.docx)
* [M09-POS13 Dimissione\_DS](file:///C:\Users\Enza\Documents\Marrelli%20Health\PROCEDURE%20QUALITA'\SGQ%202019%20CALABRODENTAL\PROCEDURE%20SANITARIE\MODULI%20POS\MODULI%20POS13\M09-POS13%20Dimissione_DS.doc)