

PROTOCOLLO PER I CRITERI DI AMMISSIONE E DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

Rev. 02/RM Del 7/10/2022	Approvata dal Comitato per il Rischio Clinico	Verificato dal Responsabile della U.O.S. Rischio Clinico e Qualità Dr. Giovanni Ruta	Autorizzato alla diffusione dalla Direzione Strategica Aziendale Commissario Straordinario Dr. Gaetano Sirna
Pag. 1 di 10			

INDICE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
 - 4.1) Criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in Rianimazione
 - 4.2) Indicazioni al ricovero in Rianimazione
 - 4.3) Potenziale benefico atteso dal trattamento intensivo (Scala di Priorità)
 - 4.4) Principali Tipologie di Ricovero in Rianimazione
 - 4.5) Percorsi organizzativi per le situazioni di urgenza e per le attività programmabili
5. Criteri di dimissione dalla Rianimazione
6. Responsabilità
7. Distribuzione
8. Riferimenti normativi e bibliografici

1) SCOPO

Lo scopo del protocollo è di regolamentare l'accesso del paziente al centro di Rianimazione in situazioni di emergenza e in situazioni programmabili al fine di ottenere un'adeguata utilizzazione.

In particolare questo protocollo intende:

- ✓ fornire i criteri generali di ammissione dei pazienti in Rianimazione (scala di priorità),
- ✓ descrivere le principali condizioni cliniche che identificano l'adeguatezza del ricovero in Rianimazione,

2) CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo dovrà essere applicato ogni volta che viene richiesto il ricovero di un paziente presso le U.O.C di Rianimazione degli Ospedali delle Asp di Ragusa in situazioni di urgenza e/o programmate.

3) DESTINATARI

I destinatari per competenza sono gli operatori della Rianimazione
Per conoscenza, gli operatori delle altre strutture aziendali.

4) MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

4.1) I criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in Rianimazione
Gli unici criteri da utilizzare per decidere l'ammissione e la dimissione del paziente dalla Rianimazione sono quelli dell'appropriatezza clinica e della liceità etica:

- ✓ l'appropriatezza clinica e la curabilità della patologia e la effettiva utilità del trattamento intensivo per quel paziente.

L'appropriatezza clinica all'ammissione e alla dimissione del paziente dalla Rianimazione si fondano sui seguenti elementi:

- ✓ ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo,
- ✓ ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico.

Per quanto possibile in ambito intensivo, l'appropriatezza clinica va sempre valutata alla luce del consenso al trattamento.

4.2) Indicazioni al ricovero in Rianimazione

1. Stato critico attuale per insufficienza di una o più funzioni vitali (trattamento intensivo).

2. Rischio elevato di sviluppare uno stato critico per il sopraggiungere di complicanze gravi e prevedibili (monitoraggio intensivo).

I pazienti che necessitano di trattamento intensivo (per uno stato critico acuto), hanno la priorità sui pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo oltre che sui pazienti in stato critico con una prognosi peggiore.

4.3) Potenziale benefico atteso dal trattamento intensivo(Scala di Priorità)

Il ricovero e la dimissione dalla Rianimazione possono essere guidati da una scala di priorità che classifica i pazienti in base al beneficio atteso dal trattamento intensivo. La scala ha un andamento decrescente dalla priorità 1 (massimo beneficio atteso alla priorità 4 (minimo o nessun beneficio atteso).

Priorità 1: Pazienti in condizioni critiche in atto potenzialmente regredibili con il trattamento e il monitoraggio intensivo non praticabile fuori dalla Rianimazione (es. insufficienza delle funzioni vitali postoperatorie, post-traumatiche o per riacutizzazione di patologie croniche).

Priorità 2: Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo ed eventualmente un potenziale trattamento invasivo immediato in quanto si trovano in condizioni tali da rendere possibile o probabile lo sviluppo di un'insufficienza di un organo o una funzione vitale di grado tale da rappresentare una minaccia per la sopravvivenza (es. patologie croniche riacutizzate per complicanze mediche o chirurgiche).

Priorità 3: Pazienti in condizioni critiche per una patologia acuta in cui si deve definire la risposta al trattamento intensivo ed eventualmente porre limiti terapeutici (es. pazienti molto anziani o con patologie neoplastiche complicate).

Priorità 4: Pazienti per i quali il ricovero in Rianimazione non è appropriato se non in casi individuali.

Priorità 5: Gravi alterazioni elettrolitiche (ipokaliemia, iperkaliemia e coma iperglicemico), gravi acidosi metaboliche

4.4) Principali Tipologie di Ricovero in Rianimazione

1) Apparato Cardiovascolare

- ✓ Arresto cardiaco
- ✓ Shock cardiogeno con insufficienza respiratoria
- ✓ Infarto miocardico acuto complicato da shock cardiogeno con insufficienza respiratoria
- ✓ Insufficienza cardiaca acuta con insufficienza respiratoria e/o necessita di supporto emodinamico

2) Apparato Respiratorio

- ✓ Insufficienza respiratoria acuta che richiede supporto ventilatorio
- ✓ Embolia polmonare con instabilità emodinamica e compromissione della funzione respiratoria
- ✓ Insufficienza respiratoria con imminente necessita di intubazione

3) Disordini Neurologici

- ✓ Traumi cranici severi (GCS<8)
- ✓ Emorragia subaracnoidea con insufficienza respiratoria
- ✓ Emorragia intracranica con rischio di erniazione
- ✓ Morte cerebrale o pazienti con probabilità di imminente morte cerebrale possibili donatori d'organo
- ✓ Meningiti con stato mentale alterato e compromissione respiratoria
- ✓ Patologie del SNC o neuromuscolari con compromissione respiratoria
- ✓ Stato di male epilettico refrattario a terapia
- ✓ Coma: tossico, metabolico, anossico

4) Intossicazione da Farmaco o ingestione di tossici se:

- ✓ con instabilità emodinamica
- ✓ convulsioni successive alla ingestione con alterazione dello stato mentale che determina
- ✓ insufficiente protezione delle vie aeree

5) Patologie Endocrine

- ✓ Chetoacidosi diabetica complicata da insufficienza respiratoria o severa acidosi
- ✓ Squilibri idro elettrolitici severi con complicazione emodinamica e respiratoria.

6) Assistenza postoperatoria di pazienti che richiedono monitoraggio emodinamico o supporto ventilatori

7) Shock Settico con instabilità emodinamica ed insufficienza respiratoria

8) Politraumatizzati gravi richiedono supporto respiratorio o emodinamico o monitoraggio intensivo

9) Ustionati che richiedono un supporto emodinamico e/o ventilatorio fino al trasferimento presso un centro ustioni

10) Pazienti affetti da danni ambientali: folgorati, assiderati, heat stroke, annegati

11) Patologie del sistema gastrointestinale

- ✓ Sanguinamento gastroenterico in shock emorragico
- ✓ Insufficienza epatica fulminante
- ✓ Pancreatici severe con necrosi pancreatica massiva
- ✓ Perforazione esofagea con o senza mediastinite

4.5) Percorsi organizzativi per le situazioni di urgenza e per le attività programmabili

Accesso urgente

Si intende il ricovero non dilazionabile in Rianimazione di un paziente che richiede un immediato intervento a sostegno di una o più funzioni vitali che risultano compromesse in grado tale da rappresentare un'immediata minaccia per la sopravvivenza. È disposto dal medico di guardia dell'U.O.C. di Rianimazione su richiesta del medico che ha in carico il paziente.

La U.O.C. di Rianimazione accetta gli accessi urgenti provenienti dalle emergenze sanitarie intraospedaliere, gli accessi dal pronto soccorso e quelli interospedalieri.

La decisione di trasferire o di ricoverare pazienti in Rianimazione deve essere presa sulla base dei criteri precedentemente indicati per evitare ricoveri impropri che causerebbero la sottrazione di risorse che sono riservate a specifiche situazioni cliniche.

Allo stesso modo il sistema di accesso oltre ad essere estremamente rigoroso deve poter offrire al paziente l'immediata disponibilità del ricovero.

La possibilità di un accesso urgente è strettamente legata alla disponibilità di posto letto presso le Rianimazioni e/o di possibilità di procedere al trasferimento dei pazienti trattati e stabilizzati ai reparti o alle strutture di riferimento. In caso di non disponibilità posto letto nelle tre Rianimazioni e di non disponibilità da parte delle UU.OO.CC. ad accogliere eventuali pazienti trasferibili dalle Rianimazioni stesse, si coinvolgerà il Direttore Sanitario per verificare tutte le opzioni possibili per garantire una rapida allocazione del paziente che necessita di un ricovero urgente.

Nella eventualità di più urgenze contemporanee il medico di guardia si adopera per attivare tutti i posti letto di Rianimazione disponibili nell'Azienda Ospedaliera.

Qualora in una delle Rianimazioni ci sia un paziente trasferibile, ma non siano disponibili letti nei reparti di degenza ordinaria il medico di guardia chiede al Direttore Sanitario l'assegnazione di un posto letto di reparto ordinario tra quelli disponibili informandolo della assenza di posti letto in Rianimazione.

Nel caso sia possibile trasferire un paziente stabilizzato a un altro nosocomio il medico di guardia provvederà a richiedere la disponibilità del posto letto e ad organizzare il trasferimento stesso.

Nel caso in cui non ci siano posti letto liberi nelle tre Rianimazioni, su provvedimento del Direttore Sanitario si assisterà il paziente in caso di urgenza chirurgica presso la sala operatoria dove si sta svolgendo l'intervento.

In ogni caso prima di trasferire un paziente in altro ospedale il medico di guardia informa la famiglia della necessita del trasferimento per la carenza di posti letto.

Accesso programmato

Si intende l'accesso nel reparto di Rianimazione di pazienti già degenti presso altre U.O. dell'Azienda Ospedaliera e di cui si prevede la necessita di assistenza intensiva dopo procedure invasive programmabili che richiedono un monitoraggio intensivo delle funzioni vitali o che espongono il paziente a rischio elevato di sviluppare uno stato critico.

L'accesso programmato è disposto comunque previa consulenza dall'anestesista rianimatore ma subordinato alla disponibilità di posti letto. La consulenza urgente può essere eseguita dal medico di guardia della rianimazione o da altro anestesista rianimatore dell'Azienda.

È compito del medico rianimatore accertarsi della congruità della richiesta al fine di:

- a) evitare ricoveri impropri;
- b) evitare che venga compromessa la recettività per i settori di competenza.

Il medico dell'U.O.C. che ha la responsabilità della cura dei pazienti degenti presso la Rianimazione si adopera per trasferire i pazienti stabilizzati e quelli che non hanno più bisogno di cure intensive per rendere disponibili il maggior numero di letti per far fronte alle richieste di ricovero in urgenza/emergenza

Ricoveri programmati post-operatori:

Il medico anestesista, il mattino del giorno fissato per l'intervento chirurgico, si informerà della disponibilità del posto letto in Rianimazione prima di procedere alla chiamata del paziente in sala Operatoria . Una volta iniziato l'intervento chirurgico il letto andrà considerato occupato

Nel caso in cui si dovesse sospendere l'intervento chirurgico, l'anestesista si adopererà per rendere disponibile il posto letto nel più breve tempo possibile. Qualora non sussistano più i presupposti per il ricovero (paziente che non necessita più di un trattamento / monitoraggio intensivo per il miglioramento del quadro clinico o stabilizzazione delle funzioni vitali) il medico anestesista provvede a richiedere il trasferimento del paziente al reparto di competenza. In caso di mancanza di disponibilità di posto letto nel reparto di accoglienza o disaccordo sulla competenza (es. paziente post-chirurgico che diventa "internistico"), il medico della Rianimazione informa tempestivamente la Direzione Sanitaria della problematica segnalando l'inappropriatezza del ricovero.

5) CRITERI DI DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

Si considera dimissibile il paziente dalla terapia intensiva quando le condizioni fisiologiche del paziente non ricadono più nei criteri di ammissione, non necessitando di monitoraggio o trattamento intensivo.

6) RESPONSABILITÀ

Medico che ha in cura il paziente
Medico Rianimatore

7) DISTRIBUZIONE

Il protocollo viene distribuito per competenza a tutto il personale medico e infermieristico di Rianimazione, e U.O dell’Azienda Ospedaliera
Per conoscenza e reso disponibile a tutte le altre strutture mediante pubblicazione su Intranet.

8) RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- A. Raccomandazioni S.I.A.A.R.T.I. per l’ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva. Min Anestesiologica vol. 69. n°3:111-118, 2003
- B. Task Force of the American College of Critical Care medicine, Society of Critical Care Medicine.
- C. Guidelines for intensive care admission, discharge, and triage. Crit. Care Med., 1999;27 (3):633-638.
- D. Raccomandazioni per il trasporto inter ed intra ospedaliero del paziente critico Min. Anestesiologica Vol. 72, N. 10 2006
- E. Ministero, della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione - Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III. Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”

CRITERI DI DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

La dimissione/trasferimento del paziente sarà basata sui seguenti criteri:

- Stabilità dei parametri emodinamici;
- Stato respiratorio stabile (paziente estubato con emogasanalisi arteriosa stabile);
- Minime richieste di ossigeno che non eccedano le linee guida di cura dei normali reparti di degenza;
- Non necessità di supporto inotropo endovenoso, vasodilatatori e farmaci antiaritmici, per le alterazioni emodinamiche; quando prescritte, basse dosi di questi farmaci possono essere somministrati con sicurezza nei pazienti stabili in altre circostanze in una designata unità di cura non intensiva;
- Le aritmie cardiache sono controllate;
- Stabilità neurologica con controllo delle crisi convulsive;
- Rimozione di tutti i cateteri per il monitoraggio emodinamico;
- I pazienti ventilati meccanicamente in modo cronico di cui la malattia critica è regredita o risolta e sono per il resto stabili, possono essere trasferiti in unità di cura non intensiva che routinariamente trattano i pazienti ventilati cronicamente, quando è indicato, o a casa;
- Emodialisi o dialisi peritoneale di routine con risoluzione della malattia critica;
- Pazienti tracheostomizzati che non necessitano di assistenza intensivistica;
- Paziente estubato con stabilità emodinamica, respiratoria e metabolica.