

PRESTAZIONI ANESTESIOLOGICHE NELLA CHIRURGIA <A BASSA COMPLESSITA'> E NELLA <NORA> RACCOMANDAZIONI ORGANIZZATIVE AAROI-EMAC/SIAARTI/SIARED

ROMA, 15 OTTOBRE 2013

L'AAROI-EMAC (Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica), la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), e la SIARED (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), in relazione alle modalità con cui assicurare le prestazioni anestesioologiche nell'ambito delle attività chirurgiche "a bassa complessità", come tali definite dai documenti ministeriali di riferimento, nonché nell'ambito della cosiddetta "NORA" (Non Operating Room Anesthesia), esprimono congiuntamente le seguenti raccomandazioni, indirizzate agli Anestesiisti-Rianimatori Italiani, nel rispetto degli standard organizzativi minimi di qualità e di sicurezza che devono essere garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale a salvaguardia della persona assistita e dei professionisti coinvolti, in riferimento tanto agli ambiti di cura in capo all'equipe operatoria e/o ai singoli operatori sanitari chiamati direttamente a prestare la propria attività professionale, quanto agli ambiti di responsabilità in capo all'organizzazione delle strutture sanitarie.

Tali standard, individuati dalle normative di legge in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, vigenti a livello nazionale in base al DPR del 14 Gennaio 1997 e s.m.i., in combinato con le eventuali integrazioni regionali intervenute in ordine al loro accreditamento, purché non in contrasto con le normative nazionali, devono anche rispettare le linee-guida emanate dalle Società Scientifiche di riferimento, anche ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 189 del 08 Novembre 2012.

La sempre maggior diffusione di prestazioni sanitarie invasive, in particolare chirurgiche, anche in regime di ospedalizzazione ridotta, fino al livello ambulatoriale, resa possibile dai progressi della scienza medica e della tecnologia sanitaria, non può prescindere dal rispetto di tali standard, senza eccezioni basate semplicemente sulla durata o sull'invasività degli interventi in questione, dato che tutte le prestazioni sanitarie invasive presentano difficoltà e rischi intrinseci, peculiari per ogni ambito medico-chirurgico, che si sovrappongono alle eventuali patologie della singola persona assistita.

Eventuali carenze strutturali o organizzative, così come insufficienti dotazioni organiche di personale medico specialista in anestesia e rianimazione, non possono rappresentare validi motivi di deroga al rispetto di elementari principi di appropriatezza, prudenza, diligenza, e buona pratica.

Pertanto, in merito alle prestazioni che il medico anestesista è chiamato a svolgere in corso di attività mediche o chirurgiche "a bassa complessità" e nella "NORA", in qualunque regime di ospedalizzazione (ricovero urgente, ordinario, in day-surgery, in day-hospital, ambulatoriale), si ritengono imprescindibili i seguenti criteri:

- 1) alle strutture sanitarie compete la responsabilità in merito al rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;
- 2) all'operatore medico o chirurgo che detiene in prima persona la responsabilità dell'intervento invasivo compete richiedere preventivamente l'eventuale prestazione anestesioologica, qualora la ritenga necessaria, con anticipo sufficiente alla programmazione delle attività, compresa l'acquisizione di un valido consenso informato, anche in base alle condizioni cliniche della persona assistita, oltre che in base al tipo di intervento;
- 3) al medico anestesista compete ogni scelta tecnica in merito alla responsabilità assistenziale specialistica che gli viene richiesta e/o affidata in prima persona;
- 4) in nessun caso il regime di ospedalizzazione può dettare le caratteristiche o le modalità della prestazione anestesioologica;
- 5) la richiesta preventiva di prestazioni anestesioologiche che comportino assistenza e/o somministrazione pre- o intra-operatoria di farmaci da parte del medico anestesista implica necessariamente la sua presenza fisica, dedicata esclusivamente ad una singola persona

**PRESTAZIONI ANESTESIOLOGICHE
NELLA CHIRURGIA <A BASSA COMPLESSITA'> E NELLA <NORA>
RACCOMANDAZIONI ORGANIZZATIVE AAROI-EMAC/SIAARTI/SIARED**

assistita, che non può essere vicariata da un medico specialista in altra disciplina, né tantomeno da altre figure professionali;

- 6) la presenza fisica del medico anestesista-rianimatore, richiesta per assistenza e/o eventuale somministrazione di farmaci, diretta o sovrintesa, deve essere assicurata attraverso adeguate dotazioni organiche di medici anestesisti-rianimatori e mediante la predisposizione di turni di servizio rispondenti al contratto di lavoro ed alle norme di legge vigenti;
- 7) la disponibilità "estemporanea" o "su chiamata" a prestare la propria opera in corso di un intervento sanitario programmato non può essere posta in capo ad un medico anestesista-rianimatore già impegnato nell'assistenza di un'altra persona, o in qualunque altra attività, affidata alla sua personale responsabilità, ma richiede un medico specialista dedicato a tale disponibilità, la quale dev'essere organizzata e gestita specificatamente secondo la sua natura anestesiologicala o rianimatoria;
- 8) le prestazioni anestesiologicalhe contemporanee su più di una persona assistita per singolo anestesista non possono corrispondere a criteri di appropriatezza, né di prudenza, né di diligenza, né di buona pratica.

Di conseguenza, anche nel caso di prestazioni anestesiologicalhe programmate in corso di attività mediche o chirurgiche "a bassa complessità" e nella "NORA", si ritiene appropriato, diligente e prudente, oltre che rispondente ad elementari principi di buona pratica, che il medico specialista in anestesia e rianimazione, qualora sia richiesta la sua opera assistenziale:

- sia fisicamente presente in sala operatoria o laddove si effettua attività NORA;
- effettui direttamente la valutazione anestesiologicala preoperatoria;
- acquisisca direttamente il consenso informato alla procedura anestesiologicala;
- rediga la cartella anestesiologicala;
- sia singolarmente dedicato ad ogni persona assistita sottoposta ad intervento;
- esegua o sovrintenda personalmente la somministrazione pre- o intra-operatoria di farmaci ipnotici, analgesici oppioidi, o anestetici;
- predisponga personalmente la gestione del post-operatorio, compreso il proprio "nulla osta" nel caso di dimissione in giornata.

Al contrario, si ritengono inaccettabili situazioni in cui:

- siano programmate o siano prevedibili prestazioni anestesiologicalhe senza valutazione anestesiologicala pre-operatoria e/o senza valido consenso informato;
- siano richieste valutazioni anestesiologicalhe finalizzate a prestazioni anestesiologicalhe intra-operatorie "estemporanee" o "su chiamata".

E' evidente che nei casi in cui non sia stata preventivamente richiesta alcuna prestazione di natura anestesiologicala, non è necessario che il medico anestesista-rianimatore effettui alcuna valutazione pre-operatoria. In questi casi è comunque necessario che sia congruamente prevista ed organizzata una disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione presente nella struttura ospedaliera a poter intervenire tempestivamente ed efficacemente, per situazioni di urgenza e di emergenza impreviste e/o imprevedibili, con prestazioni di natura rianimatoria.

Si ribadisce, infine, la necessità di un corretto dimensionamento delle dotazioni organiche degli anestesisti-rianimatori, in base ai fabbisogni commisurati ai carichi di lavoro, e all'organizzazione generale delle attività in cui sono o potrebbero essere richieste le loro prestazioni specialistiche.

Il Presidente AAROI-EMAC
Dr Alessandro Vergallo



Il Presidente SIAARTI
Prof. Massimo Antonelli



Il Presidente SIARED
Dr.ssa Adriana Paolicchi

