



Roma, 23 novembre 2021
Prot. n. 052/2021



**FEDERAZIONE GILDA UNAMS
DIPARTIMENTO UNIVERSITA'**

Alla cortese attenzione
Dott. Giuseppe Quintavalle
Direttore Generale
Policlinico Tor Vergata
protocollo@ptvonline.postecert.it

Oggetto: richiesta chiarimenti in merito alla nota del D.S. di apertura posti di T.I. Sub Intensiva.

Le scriventi OO.SS. NurSind e FUG Dipartimento Università, in merito alla nota del Direttore Sanitario f.f. riorganizzazione letti terapia intensiva prot. 0024094/2021 del 15/11/21, al fine di scongiurare che non sia un atto meramente per sopperire alle carenze infermieristiche, ma una riorganizzazione impostata alla appropriatezza delle cure nelle varie fasi che il cittadino percorre durante il ricovero, espongono quanto segue.

Già in precedenza (2011-12) un esperimento di inserire posti di sub intensiva all'interno delle T.I. è stato fatto ed è fallito, non avendo applicato nessuno protocollo di ammissione / dimissione dalle T.I. e Sub Intensive. Si assisteva che il cittadino veniva dichiarato (NON su ADT con codice identificativi della U.O.) la mattina di T.I. nel pomeriggio di Sub Intensiva e poi nuovamente la notte di T.I. senza nessuna nota tracciabile in cartella e senza una modifica inoltre dell'aspetto organizzativo assistenziale, facendo sì che lo stesso personale infermieristico si ritrovasse con più persone da assistere, senza aver modificato il livello assistenziale.

Alla luce delle precedenti esperienze appare inopportuno e prematuro attivare una riorganizzazione di tale portata senza aver predisposto un protocollo Aziendale con i criteri di ammissione e dimissione dalle T.I. e vista la loro apertura anche l'inclusione delle Sub Intensive.

Contrariamente a tali aspettative viene passata la notizia "come da decreto il criterio di inclusione dei paz nel posto di sub intensiva è la non intubazione" si rabbrivisce a leggere tale limitata visione.

Si riporta in allegato uno dei tanti protocolli presenti nel web, per mero esempio di protocollo ammissione dimissione dalle T.I. nel quale andrebbero inserite le differenze per la T.I. Sub Intensiva.

Di norma il cittadino ricoverato in T.I. quando le condizioni che lo hanno portato a tale ricovero sono migliorate si trasferisce in degenza, mentre il cittadino ricoverato nelle degenze al peggiorare delle sue condizioni di salute deve trovare allocazione in aree con maggiore assistenza ovvero T.I. o Sub intensive. Solo eccezionalmente e non di norma il cittadino dalla T.I. passa in T.I. Sub Intensiva.

Un'ultima accortezza da inserire sono delle disposizioni anticipate di trattamento, D.A.T. regolamentate dall'art. 4 della Legge 219 del 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

Disponibili ad ogni ulteriore chiarimento al fine di erogare al cittadino prestazioni appropriate, porgo Cordiali Saluti.

Segr. Az. Alessandro Iacchetti
NurSind e FGU Dip. Università

Protocollo Ammissione Dimissione dalle T.I.

INDICE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
 - a. Criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in TI
 - b. Indicazioni al ricovero in terapia intensiva
 - c. Potenziale beneficio atteso dal trattamento intensivo (scala di priorità)
 - d. Principali tipologie di ricovero in TI
 - e. Condizioni cliniche che identificano l'adeguatezza del ricovero in TI
 - f. Percorsi organizzativi
5. Distribuzione
6. Indicatori e monitoraggio
7. Riferimenti bibliografici

1. SCOPO

Lo scopo del protocollo è di regolamentare l'accesso del paziente presso la U.O. di Terapia Intensiva in situazioni di emergenza e in situazioni programmabili (es. post operatorio) al fine di ottenere un'adeguata utilizzazione dell'Unità di Terapia Intensiva (TI).

In particolare questo protocollo intende:

- fornire i criteri generali di ammissione dei pazienti in TI (scala di priorità);
- descrivere le principali condizioni cliniche che identificano l'adeguatezza del ricovero in Terapia Intensiva.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo dovrà essere applicato ogni volta che viene richiesto il ricovero di un paziente presso la U.O. di Terapia Intensiva del Policlinico Tor Vergata.

3. DESTINATARI

I destinatari per competenza sono i professionisti sanitari medici in servizio presso la U.O. di Terapia Intensiva e, per conoscenza, tutti i medici delle altre UU.OO. dell'Istituto.

4. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'

4.1 I criteri generali di ammissione e dimissione dei pazienti in Terapia Intensiva.

Gli unici criteri da utilizzare per decidere l'ammissione e la dimissione del paziente dalla Terapia Intensiva sono quelli dell'appropriatezza clinica e della liceità etica:

- l'appropriatezza clinica, la curabilità della patologia e la effettiva utilità del trattamento intensivo per quel paziente;
- la liceità etica è definita dal consenso del paziente e/o dal rispetto del criterio di proporzionalità.

I sanitari cui competono le decisioni di ammissione e dimissione dalla Terapia Intensiva sono moralmente responsabili in base ai criteri di appropriatezza clinica della relativa scelta dell'equa allocazione delle risorse loro assegnate. Questa responsabilità non deve comunque essere considerata nella pratica clinica quotidiana come il fattore decisivo per la limitazione dei trattamenti nei singoli pazienti. In caso di conflitto il sanitario deve prioritariamente salvaguardare il paziente.

Se le risorse disponibili sono limitate è eticamente giustificabile una restrizione nell'uso dei trattamenti intensivi, in base ai criteri di appropriatezza clinica.

L'appropriatezza clinica e la liceità etica all'ammissione e alla dimissione del paziente in Terapia Intensiva si fondano sui seguenti elementi:

- reversibilità dello stato patologico acuto;
- 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 terapia intensiva

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 beneficio atteso dal trattamento intensivo (scala di priorità)

Il ricovero e la dimissione dalla terapia intensiva 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 terapia intensiva (es. insufficienza delle funzioni vitali postoperatorie 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 il quali il ricovero in terapia intensiva non è appropriato se non in casi individuali. Questi pazienti possono essere suddivisi in 3 categorie: <ol style="list-style-type: none">1. "to well benefit": pazienti in condizioni cliniche non gravi per cui il ricovero in terapia intensiva non offre che un beneficio minimo o nullo;2. "to sick benefit": pazienti in fase terminale di malattie irreversibili con morte imminente o aggravamenti di patologie croniche molto avanzate con elevata disabilità;3. Rifiuto del trattamento intensivo da parte di pazienti capaci

Nel caso in cui pazienti in condizioni riferibili alle priorità 1,2,3 non possano trovare collocazione in terapia intensiva per mancanza posto letto è doveroso ricercare un

posto letto presso altre terapie intensive e nel frattempo garantire comunque le cure più appropriate.

4.4 Principali tipologie di ricovero in terapia intensiva

1) Apparato cardiovascolare:

- Arresto cardiaco;
- Shock cardiogeno;
- Infarto miocardico acuto complicato da shock cardiogeno;
- Insufficienza cardiaca acuta con insufficienza respiratoria
- Instabilità circolatoria con necessità di supporto emodinamico.

2) Apparato respiratorio:

- Insufficienza respiratoria con imminente necessità di intubazione.
- Insufficienza respiratoria acuta o riacutizzazione di una cronica che richiede supporto ventilatorio
- Embolia polmonare con instabilità emodinamica

3) Disordini neurologici:

- traumi cranici severi (GCS <9);
- Emorragia subaracnoidea con alterazione dello stato mentale e/o insufficienza respiratoria;
- Vasospasmo con deficit neurologici;
- 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 o compromissione respiratoria;
- Patologie del SNC o neuromuscolari con deterioramento neurologico o compromissione respiratoria;
- Stato di male epilettico;
- Coma tossico, metabolico, anossico.

4) Intossicazione da farmaco o ingestione di tossici se:

- Con instabilità emodinamica;
- Convulsioni successive all'ingestione con alterazione dello stato mentale che determina insufficiente protezione delle vie aeree.

5) Patologie endocrine

- Chetoacidosi diabetica complicata da instabilità emodinamica, alterazioni dello stato di coscienza, insufficienza respiratoria o severa acidosi;
- Tireotossicosi o coma mixedematoso con instabilità emodinamica;
- Iperglicemia iperosmolare con coma e/o instabilità emodinamica;
- Altri problemi endocrini come l'insufficienza surrenalica acuta con instabilità emodinamica;
- Ipercalcemia severa con alterazione dello stato di coscienza, richiesta di monitoraggio emodinamico;
- Ipo-ipernatriemia con epilessia, alterato stato mentale;
- Ipo-ipermagnesiemia con compromissione emodinamica o aritmie minacciose;
- Ipo-iperkaliemie con aritmie e debolezza muscolare;
- Ipo-fosfatemia con debolezza muscolare.

6) Assistenza post operatoria di pazienti che richiedono monitoraggio emodinamico o supporto ventilatorio.

7) Shock settico con instabilità emodinamica.

8) Situazioni che richiedono alto livello di assistenza *infermieristica* (es. emofiltrazione continua - CVVH).

9) Patologie del sistema gastrointestinale:

- Sanguinamento gastroenterico potenzialmente pericoloso per la vita, continuo e/o con condizioni patologiche associate (shock emorragico);
- Insufficienza epatica fulminante;
- Pancreatiti severe;
- Perforazione esofagea, con o senza mediastinite.

4.5 Condizioni cliniche che identificano l'adeguatezza del ricovero in terapia intensiva (*Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage Society of Critical care Medicine 1999; McQuillan et al. BMJ 1998:316:1853-1858; Guidelines for the introduction of Outreach Services-Intensive Care Society 2002*).

Parametri obiettivi che, da soli o associati, definiscono i criteri di ammissione alla terapia intensiva.

Segni Vitali	
	<ul style="list-style-type: none"> - ostruzione acuta delle vie aeree in atto o potenziale incapacità a proteggere le vie aeree; - frequenza respiratoria < 8 atti/minuto o >35 atti/minuto; - arresto respiratorio; - saturazione periferica dell'ossigeno <90% con frazione inspiratoria di ossigeno del 50%; - acidosi respiratoria progressivamente in peggioramento; - frequenza cardiaca < 40 battiti/minuto o > 150 battiti/minuto; - pressione arteriosa sistolica < 80 mmHg o 20 mmHg inferiore ai valori abituali del paziente - pressione arteriosa media <60 mmHg - pressione arteriosa diastolica >120 mmhg - arresto cardiaco - flusso urinario<0.5 ml/Kg/h - convulsioni prolungate e subentranti - riduzione del livello di coscienza con perdita di 2 punti della GCS e con GCS < 10 - sopore o letargia - irrequietezza, agitazione - anisocoria in paziente incosciente
Dati di laboratorio	
	<ul style="list-style-type: none"> - sodiemia <110 mEq/L o >170 mEq/L

	<ul style="list-style-type: none"> - potassiemia <2 mEq/L o > 7 mEq/L - PaO2 < 50 mmHg - pH < 7.1 o > 7.7 - glicemia > 800 mg/dl - calcemia > 15 mg/dl - livelli tossici di farmaci o di sostanze chimiche che compromettano la stabilità emodinamica e neurologica del paziente
--	---

Diagnostica per immagini	
	<ul style="list-style-type: none"> - emorragia cerebrale, contusione o emorragia subaracnoidea con alterazione dello stato mentale o segni neurologici focali - rottura di visceri, del fegato, della vescica, rottura di varici esofagee o dell'utero con instabilità emodinamica - aneurisma dissecante dell'aorta
ECG	
	<ul style="list-style-type: none"> - infarto miocardio acuto con aritmie complesse, instabilità emodinamica o scompenso cardiaco congestizio - tachicardia ventricolare sostenuta o fibrillazione ventricolare - blocco cardiaco completo con instabilità emodinamica

4.6 Percorsi organizzativi per le situazioni di urgenza e per le attività programmabili

a) 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.

Il ricovero viene disposto dal medico di guardia della Terapia Intensiva o dal medico di reparto su richiesta del medico che ha soccorso il paziente.

La decisione di trasferire o di ricoverare pazienti presso la U.O. di Terapia Intensiva 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.

In caso di indisponibilità di posto letto nella U.O. di Terapia Intensiva e di non disponibilità da parte delle altre UU.OO. ad accogliere eventuali pazienti trasferibili dalla U.O. di Terapia Intensiva stessa, verrà allertato il Direttore Sanitario di Presidio per verificare tutte le opzioni possibili per garantire una rapida allocazione del paziente che necessita di un ricovero urgente in Terapia Intensiva.

b) Accesso programmato

Si intende l'accesso nella U.O. di Terapia Intensiva di pazienti già degenti presso altre UU.OO. dell'Istituto e di cui si prevede la necessità 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 dell'anestesista rianimatore ma subordinato alla disponibilità di posti letto.

c) Ricoveri programmati postoperatori

Il medico anestesista, il mattino del giorno fissato per l'intervento chirurgico, si informerà della disponibilità del posto letto nella U.O. di Terapia Intensiva prima di procedere alla chiamata del paziente in sala operatoria.

Una volta iniziato l'intervento chirurgico il letto libero della U.O. di Terapia Intensiva dovrà considerarsi occupato .

4.7 Condizioni che giustificano la dimissione dalla terapia intensiva

Qualora non sussistano più i presupposti per il ricovero in terapia intensiva (paziente che non necessita più di un trattamento/monitoraggio intensivo per il miglioramento del quadro clinico o stabilizzazione delle funzioni vitali) il medico di

guardia della U.O. di Terapia Intensiva 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 U.O. di Terapia Intensiva informa tempestivamente la Direzione Sanitaria di Presidio della problematica segnalando l'inappropriatezza del ricovero in Terapia Intensiva.

CRITERI DI DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA

Il paziente può essere considerato dimissibile dalla Terapia Intensiva (T.I.) quando sono presenti tutti i criteri generali di dimissione dalla T.I. (vedi tabella 1) più tutti i criteri di dimissione apparato-specifici dalla T.I. (vedi colonna A e B della tabella 2), in assenza di criteri di ammissione in T.I. (vedi colonna C della tabella 1). I criteri da adottare nella dimissione dei pazienti dalla TI devono essere simili a quelli utilizzati per deciderne il ricovero (Siarti 2003). Le condizioni cliniche nei pazienti ricoverati in TI devono essere periodicamente rivalutate per individuare quei pazienti che non necessitano più di trattamento e di monitoraggio intensivo (Sarti 2003 /// Crit Care Med 1999)



Tavola 1. CRITERI GENERALI DI DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA

- Venir meno della necessità di monitoraggio e trattamento intensivo per risoluzione dello stato critico e miglioramento della patologia che ha determinato il ricovero (Sarti 2003 /// Crit Care Med 1999)
- Condizioni cliniche stabili (MV Beyond the Intensive Care Unit)

a) Criteri generali

- Venir meno delle necessità di monitoraggio e trattamento intensivo per risoluzione dello stato critico e miglioramento della patologia che ha determinato il ricovero;
- Condizioni cliniche stabili.

Tavola 2. CRITERI APPARATO-SPECIFICI DI DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA

	Colonna A Presenza di Criteri di dimissione secondo Mechanical Ventilation Beyond the Intensive Care Unit. (MV Beyond the Intensive Care Unit)	Colonna B Presenza di Criteri di dimissione secondo altre fonti
SNC	Assenza di coma	In caso di coma: situazione stabile, in fase non evolutiva (concordato con il Neurochirurgo di riferimento: Boccaletti o Fontanella)
VIE AEREE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vie aerea pervia con minimo rischio di inalazione con o senza tracheotomia ➤ capacità di espettorare le secrezioni spontaneamente o con assistenza anche strumentale (Cough assit, tracheoaspirazione) 	<p><i>Non si inviano pazienti con cannula tracheale cuffiata, ma si aspetta che la cannula sia scuffiata. Se gli altri criteri lo consentono, non si attende la decannulazione per il trasferimento dalla TI. Quando è scuffiata la cannula si deve controllare la pervietà delle alte vie aeree clinicamente o con tracheoscopia prima della dimissione del paziente.</i></p>
	<p><u>in caso di tracheotomia/tracheostomia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ "stomia" consolidata ➤ assenza di complicazioni legate allo stoma (sanguinamento, stenosi), ➤ primo cambio cannula già effettuato ➤ saturazione stabile anche durante le aspirazioni tracheali ed i cambio cannula 	<p><i>Consideriamo come criterio di stomia consolidata almeno un cambio cannula già effettuato senza difficoltà</i></p>

Tavola 2. CRITERI APPARATO-SPECIFICI DI DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA

		Colonna A	Colonna B
		Presenza di Criteri di dimissione secondo MV Beyond the Intensive Care Unit	Presenza di Criteri di dimissione secondo altre fonti
RESPIRATORIO		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assenza di episodi di dispnea severa o di desaturazione 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adeguata ossigenazione con stabilità di FiO2 	<p>PaO2 > 70 mmHg con O2-terapia che può essere effettuata in reparto (FiO2 < 0,5). PaO2 ≥ 60 mmHg se il paziente è cronicamente in O2-terapia. <i>In caso di ipercapnia il pH deve essere in compenso</i></p>
		<p><u>In caso di necessità di ventilazione meccanica di lungo termine (vedi criteri in allegato 1):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ settaggio stabile del ventilatore ➤ stabilità della compliance del sistema respiratorio e delle resistenze polmonari (variazione in corso di ventilazione con modalità volumetrica della pressione di picco < 5 cmH2O eccetto che durante la tosse) 	<p style="text-align: center;">PAZIENTI CHE NECESSITANO CPAP</p> <p>Insufficienza respiratoria che richiede CPAP che può potenzialmente peggiorare richiede il ricovero in sub-intensiva (<i>Crit Care Med 1998</i>) <i>Pertanto la CPAP con maschera è consentita in reparto solo se OSAS</i> . Erogazione <u>CPAP tramite casco</u> necessita di monitoraggio (→ sub-intensiva) per il rischio di ipossiemia da deconnessione (<i>Patroniti 2007</i>)</p>

Tavola 2. CRITERI APPARATO-SPECIFICI DI DIMISSIONE DALLA TERAPIA INTENSIVA

	Colonna A Presenza di Criteri di dimissione secondo MV Beyond the Intensive Care Unit	Colonna B Presenza di Criteri di dimissione secondo altre fonti
CARDIOCIRCOLATORIO	Stabilità emodinamica senza necessità di monitoraggi emodinamici invasivi	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente completamente svezzato da amine o dipendente da una sola amina a bassi dosaggi (<i>solo dopamina o dobutamina</i>) - Psist >90 e Psist < 170 mmHg a meno di valori cronicamente al di fuori di questi limiti
	Assenza di aritmie non controllate o scompenso cardiaco non controllato	Fc < 140 e > 50/min a meno di valori cronicamente al di fuori di questi limiti
RENE	Funzione renale e bilancio acido-base stabile o trattamento dialitico in corso	
NUTRIZIONE	Programma nutrizionale adeguato e, preferibilmente, per via enterale.	

ALTRO

- Terapia medica stabile: piano terapeutico impostato, che non richieda frequenti aggiustamenti e che possa essere gestito anche nel reparto di destinazione
- La terapia medica dovrebbe essere la più semplice possibile, sostituendo dove possibile la terapia orale alla terapia EV

Sepsi trattata e controllata dalla terapia

Assenza di emorragie non controllate

- Glicemia > 800 mg/dl ([Crit Care Med 1999](#))
- Sodiemia < 110 o > 170 mEq/L ([Crit Care Med 1999](#))
- Potassiemia < 2 o > 7 mEq/L ([Crit Care Med 1999](#))
- Coagulopatia severa ([Pediatrics 99](#))
- Severa anemia che causa compromissione emodinamica o respiratoria ([Pediatrics 99](#))

5. DISTRIBUZIONE

Il protocollo viene distribuito per competenza a tutto il personale medico ed infermieristico della U.O. di Terapia Intensiva e per conoscenza a tutti i medici dell'Istituto per il tramite dei propri Direttori di U.O. cui è inviato.

Per conoscenza è reso disponibile a tutto il personale in servizio presso l'Istituto mediante pubblicazione su Intranet.

6. STORIA DEL PROTOCOLLO

Versione	Data	Motivo	Prossima revisione/aggiornamento
01		Creazione del documento	2 anni dall'ultima revisione o prima se necessario

7. INDICATORI E MONITORAGGIO

Indicatore	Appropriatezza nell'applicazione dei criteri di dimissione dalla TI
Numeratore	Numero di pazienti che sono stati riammessi in TI in tempi <48 ore dalla dimissione
Denominatore	Totale di pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva
Monitoraggio	Semestrale

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

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.

Task Force of the American College of Critical Care medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care admission, discharge, and triage. Crit. Care Med., 1999;27 (3):633-638.

Raccomandazioni per il trasporto inter ed intra ospedaliero del paziente critico Min Anestesiologica Vol. 72, N. 10 2006.

Ministero, della Salute, Dipartimento della Qualita 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)".