UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore f.f. UOC Direzione Medica Ospedaliera *Dott.M. Angelucci*			
		UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing UOS Governo Clinico e Sistemi Qualità	
Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione *Dott.ssa A. Ferretti*		*Dott.ssa Antonella Stefania Morgante*	Direzione Sanitaria Aziendale *Dott. Angelo Barbato*
Direttore Dipartimento di Chirurgia *Dott. L. Raparelli*			
Direttore del UOC Distretto 2 - Salario Mirtense *Dr. F. Mancini*			
Direttore DAPS *Dott.ssa A. Barsacchi*			

Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.

Gruppo di Lavoro:

Dr. Massimiliano Angelucci - Direttore f.f. UOC DMO
Dr. Luca Provvidenti - Dirigente Medico DMO
Dr.ssa Alessandra Ferretti - Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione
Dr. Flavio Mancini – Direttore Distretto Salario - Mirtense
Dr.ssa Agnese Barsacchi - Direttore DAPS
Dr. Luigi Raparelli – Direttore del Dipartimento di Chirurgia
Dr. Antonio Minni – Direttore UOC Otorinolaringoiatria
Dr. Fabio Fiormonte – Direttore UOC Oculistica
Dr. Massimo Ruggeri – Direttore UOC Chirurgia Vascolare
Dr. Mauro Caponera - Direttore UOC Urologia
Dr. Cosimo Oliva – Direttore UOC Ostetricia Ginecologia
Dr. Riccardo Mezzoprete- UOC Ortopedia – Traumatologia
Dr.ssa Rossana Maria Maini - Incarico di Organizzazione con funzioni di Coordinamento POC e NUP
Dr.ssa Monia Pascasi - Infermiera NUP - UOC DMO
Dr.ssa Claudia Barsotti - Infermiera NUP - UOC DMO
Dr.ssa Marilena Mattei - Infermiera NUP - UOC DMO

Dr.ssa Ivana De Angelis - Infermiera NUP - UOC DMO
Dr.ssa Giulia Sganga - Infermiera NUP - UOC DMO

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
21.08.2023	0	Prima Stesura
04/06/2024	1	Aggiornamento documento

1. PREMESSA 3
2. SCOPO....6
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI 6
4. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI 6
5. MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO....7
5.1 ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (T0) ED EVENTUALE INSERIMENTO NELLA LISTA DI PRESA IN CARICO (T1) E NELLA LISTA DI ATTESA (T2)....7
5.2 ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE (T3-T4)....8
5.3.1 MODALITA' OPERATIVE PER PRE-OSPEDALIZZAZIONE APA PERCORSO FAST-TRACK....8
5.3.2 PIANIFICAZIONE DELL'ACCESSO IN PO....9
5.3.3 ACCESSO IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE (T3)....9
5.4 PRE-OSPEDALIZZAZIONE PERCORSO ONE STEP ACCESS....10
5.4.1 ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (T0)....10
5.4.2 PIANIFICAZIONE DELL'ACCESSO IN PO....11
5.4.3 ACCESSO IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE (T3-T4)....13
5.5 ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI DI PREOSPEDALIZZAZIONE....13
5.6 SOSPENSIONE DELL'INTERVENTO DURANTE LA PRE-OSPEDALIZZAZIONE....13
5.7 PROGRAMMAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI....14
5.7.1 LA LISTA OPERATORIA MENSILE....14
5.7.2 LA LISTA OPERATORIA SETTIMANALE....15
5.7.3 LA LISTA OPERATORIA GIORNALIERA....16
5.8 ANNULLAMENTO PRENOTAZIONE DI UN INTERVENTO MESSO IN PROGRAMMAZIONE....18
5.9 RICOVERO (T5)....18
5.10 DIMISSIONE (T6) E FOLLOW-UP (T7)....19
6. MONITORAGGIO DEL TEMPO DI ATTESA....19
7. GESTIONE E MONITORAGGIO DELLA LISTA DI ATTESA....19
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ....20
9. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO....**Errore. Il segnalibro non è definito.**
10. MODALITA' DI DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO 22
11. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO 22
12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA 22

ALLEGATI

1. PREMESSA

L'attività chirurgica costituisce un settore essenziale del sistema sanitario sul quale attivare interventi finalizzati a migliorare l'appropriatezza e la capacità produttiva. L'area chirurgica è, comunque, parte di un sistema interdipendente di funzioni e servizi assistenziali, che deve essere organizzata e sistematizzata sul piano aziendale per essere in grado di garantire i bisogni di cura e l'attività professionale.

Il DM 70/2015 definisce il quadro di riferimento per la programmazione della rete ospedaliera e dell'offerta dei servizi secondo standard qualitativi tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il DCA 302 del 25 luglio 2019 "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021", prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, favorendo la deospedalizzazione e intervenendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media. Nel 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha prodotto il "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check-list", fondato sulle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Guidelines for Safe Surgery" finalizzate alla sicurezza in sala operatoria.

Il 9 luglio 2020 è stato sancito l'accordo Stato-Regioni (n. rep. 100/CSR) relativo alle "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" ed in coerenza con il suddetto accordo la Regione Lazio ha elaborato le "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura".

La Determinazione Regionale n. G11271 del 01/10/2020 avente come oggetto "Recepimento dell' "Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR)" riorganizza l'attività chirurgica, stabilendo che la stessa costituisce un obiettivo strategico della Direzione Generale, finalizzato a garantire un percorso per setting assistenziali e complessità di cura efficiente per il paziente e l'organizzazione; e che inoltre il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura viene contestualizzato in ciascuna struttura ospedaliera e adottato con specifico atto aziendale.

A seguito della succitata determina regionale la ASL di Rieti ha messo in atto una revisione dell'Intero percorso chirurgico aziendale fino ad avviare un progetto di alta complessità di gestione e coordinamento per la riorganizzazione del Percorso Chirurgico per il quale ha individuato una Cabina di Regia, un Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC) e Gruppo Operativo del Blocco Operatorio (GBO).

La realizzazione del presente Percorso sarà garantita dalla CdR, dal GAPAC e dal GBO, le cui funzioni sono di seguito riportate.

Cabina di Regia - CdR	
Struttura della Cabina di Regia	La Cabina di Regia è un gruppo multidisciplinare costituito dal Direttore Sanitario Aziendale e dai Direttori delle UU.OO. a cui afferiscono i Blocchi Operatori
Funzioni della Cabina di Regia	La Cabina di Regia ha l'obiettivo di finalizzare l'uso delle risorse impiegate in ospedale e sul territorio in un'ottica di appropriatezza e integrazione organizzativa in grado di garantire la massima capacità produttiva, la presa in carico in sicurezza e l'evoluzione professionale
Figure Professionali della Cabina di Regia	
Coordinatore della Cabina di Regia	Direttore Sanitario Aziendale
Componente della Cabina di Regia per il Presidio Ospedaliero di Rieti	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera
Componente della Cabina di Regia per il Distretto n. 2	Direttore UOC Distretto n. 2

GAPAC **Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica**	
Struttura del GAPAC	Il GAPAC è un gruppo multidisciplinare e multi-professionale ristretto in cui siano rappresentate, in relazione alla propria organizzazione, le figure professionali di anestesia e rianimazione, chirurgia generale, chirurgia specialistica, professioni sanitarie, gestione operativa, i case manager del percorso chirurgico e del GBO.
Funzioni del GAPAC	Il GAPAC ha il mandato di formulare il Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC) incluso il Regolamento di Camera Operatoria, individuando gli strumenti per l'attuazione ed il monitoraggio del percorso per il paziente chirurgico, dalla presa in carico al follow up, coinvolgendo le diverse professionalità aziendali.

Figure Professionali del GAPAC	
Anestesia e Rianimazione	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione
Chirurgia Generale	Direttore UOC Chirurgia generale ed Oncologica
Chirurgia Specialistica	Direttore Dipartimento Chirurgico
Professioni Sanitarie	Direttore UOC Gestione Personale Assistenziale
Case Manager Percorso Chirurgico – Fase di Presa in Carico e Preospedalizzazione	Infermiere professionale Case manager
Case Manager Percorso Chirurgico – Fase di Ricovero e Dimissione	Infermiere professionale Case manager
Coordinamento del GAPAC e Gestione Operativa del Percorso Chirurgico	Coordinatore del GAPAC e Responsabile operativo dell'attività di governo Clinico (Operation Manager)

GBO **Gruppo Operativo del Blocco Operatorio**	
Struttura del GBO	Il GBO è un gruppo multidisciplinare costituito da due professionalità, uno di formazione medica e l'altro delle professioni sanitarie.
Funzioni del GBO	Il GBO ha la responsabilità dell'organizzazione e della operatività del blocco operatorio

Figure Professionali del GBO	
Professionalità Medica del Presidio Ospedaliero di Rieti	Anestesista referente delle Camere Operatorie del Presidio Ospedaliero di Rieti
Professionalità Medica della Casa della Salute	Anestesista referente delle Camere Operatorie della Casa della Salute – Magliano Sabina
Professionalità Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Rieti	Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Rieti
Professionalità Sanitaria della Casa della Salute	Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio della Casa della Salute di Magliano Sabina

2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di gestione del percorso del paziente chirurgico nella ASL di Rieti secondo il modello di Operation Management adottato dalla ASL Rieti e al fine di garantire conformità, uniformità, trasparenza e sicurezza ad ognuno dei seguenti elementi:

- modalità di tenuta e compilazione della lista di attesa chirurgica tra le diverse UU.OO., in relazione anche al debito informativo istituzionale;
- applicazione dei criteri di attribuzione della priorità di trattamento chirurgico e dei criteri di inserimento e di uscita dalla lista di attesa;
- modalità di accesso al Servizio di Pre-Ospedalizzazione Centralizzata;
- modalità di organizzazione del ricovero;
- gestione del paziente in follow-up.

A tale documento si raccorda il Regolamento di Blocco Operatorio dell'Ospedale De Lellis e del Blocco Operatorio della Casa della Salute di Magliano Sabina.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

La presente procedura è applicata da tutti gli attori del percorso del paziente chirurgico:

- Tutte le UU.OO. Chirurgiche
- UO Anestesia e Rianimazione
- UO Medicina Trasfusionale
- UO Pneumologia
- UO Gastroenterologia
- UO Laboratorio Analisi
- UO Radiologia
- UO Farmacia
- UO Centrale di Sterilizzazione
- Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero
- Blocco Operatorio della Casa della Salute di Magliano Sabina
- Servizio di Pre-Ospedalizzazione
- UO Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- UO Assistenza alla Persona
- UO Distretto 2

La presente procedura deve essere sempre applicata in tutti i casi di ricovero programmato per intervento chirurgico.

4. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

DMO: Direzione Medica di Presidio ospedaliero
DS: Day Surgery
MS: Medico Specialista
MMG: Medico di Medicina Generale
PLS: Pediatra di Libera Scelta
WS: Week Surgery
Prenotazione: è l'atto con cui il paziente viene inserito in lista di attesa
TAT: Tempo di Attesa
SO - SSOO: sala operatoria - sale operatorie
LPC: Lista di Presa in Carico

L.A: Lista di Attesa
CdR: Cabina di Regia
GAPAC: Gruppo Aziendale di Programmazione dell'Attività Chirurgica
P.O: Pre Ospedalizzazione
COBUS: Comitato per il Buon Uso del Sangue
NUP: Nucleo Unico di Programmazione Chirurgica

5. MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO

5.1 Arruolamento del paziente nell'ambulatorio chirurgico (T0) ed eventuale inserimento nella lista di presa in carico (T1) e nella lista di attesa (T2)

Il percorso del paziente chirurgico inizia in occasione della visita ambulatoriale (Fase T0).
In funzione della patologia da cui il paziente è affetto e che ha richiesto la visita chirurgica, il CHIRURGO può ravvisare la necessità di approccio chirurgico; in funzione del tipo di inquadramento diagnostico si hanno due scenari possibili:

- nel caso di inquadramento diagnostico completo e in assenza di necessità di ulteriori esami per stadiazione della patologia, il Chirurgo inserisce direttamente il paziente in **"Lista di Attesa"** (fase T2).
- nel caso di necessità di inquadramento diagnostico e quindi di ulteriori indagini, il Chirurgo inserisce direttamente il paziente in **"Lista di Presa in Carico"** (fase T1) e prescrive gli accertamenti diagnostici necessari da effettuarsi in regime ambulatoriale e mai in pre-ospedalizzazione. La **"Lista di Presa in Carico"** nasce proprio con lo scopo di accogliere tutti quei pazienti che hanno eseguito una prima visita specialistica con indicazione all'intervento chirurgico, ma per cui non si ravvisano le condizioni di immediata operabilità, sussistendo ancora la necessità di approfondimento clinico, diagnostico e/o terapeutico. La data di presa in carico è tracciata nel sistema informativo aziendale che riporta la data di inserimento.

La Proposta di Intervento Chirurgico e il conseguente inserimento in **"Lista di Attesa"** deve essere formulata dallo specialista solo quando la necessità del trattamento chirurgico è "reale" e "attuale": l'inserimento nella lista di attesa è previsto solo per i pazienti le cui condizioni siano state valutate compatibili con l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

La data di inserimento in lista di attesa determina l'inizio del tempo di attesa, che terminerà con la data del ricovero del paziente.

Nessun paziente deve essere quindi inserito in "lista di attesa" fintanto che il percorso degli accertamenti diagnostici qualifica l'approccio chirurgico solo come uno dei trattamenti possibili e prospettabili al paziente, come richiesto anche dalla L. 217/2019 sul consenso informato e DAT.

L'inserimento in lista attesa dovrà riportare diagnosi principale e procedura principale utilizzando i codici ICD-IX CM.
La classe deve essere assegnata valutando:

- classificazione secondo PNGLA:
  - CLASSE A: ricovero entro 30 giorni
  - CLASSE B: ricovero entro 60 giorni
  - CLASSE C: ricovero entro 180 giorni
  - CLASSE D: ricovero entro 12 mesi

- criteri di priorità adottati dalla Regione Toscana nel DGRT n.476/2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa", Allegato per i Criteri di attribuzione delle classi di priorità per gli interventi di chirurgia programmata.
- Casi particolari, che indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati nella documentazione clinica.

5.2 Arruolamento del paziente in Pre-Ospedalizzazione (T3-T4):

La strategia organizzativa individuata per la valutazione in pre-ospedalizzazione del paziente candidato ad intervento chirurgico prevede che:

- per alcune procedure di chirurgia ambulatoriale la Pre-Ospedalizzazione (PO) sia organizzata secondo un **Percorso Fast Track**;
- per le altre procedure ambulatoriali APA, per le procedure Chirurgiche in regime Day Surgery (DS), One Day Surgery (ODS) e Ricovero Ordinario (RO) la PO è organizzata seguendo un **Percorso in One Step Access**.

5.3.1 Modalità operative per Pre-Ospedalizzazione APA Percorso Fast-Track:

Le procedure chirurgiche APA candidabili al Percorso Fast-Track sono procedure effettuate esclusivamente in anestesia locale:

- Lisi di aderenze della mano
- Tunnel Carpale
- Cataratta
- Iniezione di farmaci Intravitreali
- Correzione di fimosi
- Mini stripping dell'arto inferiore
- Asportazione di lipomi
- Asportazione di cisti pilonidali

Il paziente candidato alla procedura accede alla valutazione da parte del Medico specialista (MS), cui, sulla scorta della vigente normativa, compete la pianificazione, il coordinamento del processo assistenziale, la gestione della documentazione clinica e la stesura della relazione clinica riassuntiva finale.
Durante la visita ambulatoriale, formulata la diagnosi, esclusa la necessità di inserimento in "Lista di Presa in Carico" e ravvisata la possibilità di attivazione dell'APA con PO Fast Track, il MS (incluso lo Specialista Ambulatoriale), ottenuto il consenso da parte del paziente, procede all'inserimento in lista di attesa sul modulo ARIANNA individuando la classe di priorità dell'intervento.
Il CHIRURGO è tenuto a fornire al paziente tutte le informazioni relative a:

- tipologia di ricovero proposto specificando il regime assistenziale ipotizzato e la sede di intervento (Presidio Ospedaliero di Rieti per interventi prevalentemente in regime di ricovero ordinario o Casa della Salute di Magliano Sabina per interventi prevalentemente in regime diurno/APA);
- fase di Pre−Ospedalizzazione e trattamento dei dati personali;
- tipo di intervento chirurgico (l'informativa precede il consenso al trattamento chirurgico che il paziente firmerà prima dell'intervento chirurgico. Nei casi in cui l'intervento venga eseguito a distanza notevole di tempo dalla sua pianificazione, il consenso dovrà essere riproposto, nel rispetto del criterio della sua attualità).

Il CHIRURGO deve altresì informare il paziente in merito alle seguenti avvertenze:

a) se il paziente non risponde alla convocazione telefonica, effettuata dal servizio di PO, viene cancellato dalla lista dopo 3 tentativi effettuati entro 30 giorni;

b) se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi sanitari intercorrenti può chiedere di essere posticipato e reinserito successivamente previo invio di certificazione medica; nel frattempo il paziente sarà registrato come "sospeso" nella Lista D'Attesa per un massimo di 30 giorni successivamente ai quali, se non disponibile, sarà eliminato dalla Lista di Attesa;
c) se il paziente rifiuta il ricovero perde qualunque diritto a rimanere in lista.

Successivamente il CHIRURGO compila la cartella clinica ambulatoriale informatizzata.
Compila inoltre il questionario anamnestico breve informatizzato presente sul portale Arianna al fine di poter escludere le controindicazioni assolute all'esecuzione dell'intervento in Ricovero APA:

- handicap mentali gravi;
- pazienti non collaboranti.

Al paziente verrà rilasciata una copia cartacea (**modulo inserimento in lista attesa chirurgica**), stampabile da ARIANNA.

5.3.2 Pianificazione dell'accesso in PO:

L'addetto del Nucleo Unico di Programmazione Chirurgica (NUP) si occupa della convocazione del paziente per la Pre-Ospedalizzazione attingendo dalla lista di attesa informatizzata secondo i seguenti criteri:

- CLASSE DI PRIORITA'
- TEMPO DI ATTESA IN LISTA
- SLOT di Pre-Ospedalizzazione

In base alla programmazione, l'infermiere del NUP contatta telefonicamente il paziente comunicando la data in cui deve recarsi presso il servizio di PO. La telefonata è annotata nel sistema informatizzato e rimane traccia delle notizie date.
Il NUP contatta al massimo 3 volte il paziente nell'arco di 30 giorni; in caso di mancata risposta o non disponibilità nelle 3 chiamate previste il paziente viene cancellato dalla lista di Attesa.
Viene registrata:

- la eventuale non risposta ad una delle tre chiamate previste che si effettuano in giorni ed in orari diversi nell'arco di 30 giorni;
- la eventuale non disponibilità temporanea del paziente per motivi di salute o organizzativi con la conseguente registrazione dello stato di sospeso nella Lista di Attesa per un periodo massimo di 30 giorni;
- l'eventuale rifiuto definitivo della visita in pre-ospedalizzazione e dell'intervento chirurgico programmato con conseguente cancellazione dalla lista di Attesa.

Il personale dedicato fornisce le seguenti indicazioni telefoniche:

- esibire un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria;
- in caso di minori garantire la presenza di entrambi i genitori provvisti di documenti di riconoscimento; in caso di genitori separati deve essere presente almeno il genitore affidatario provvisto di delega e documento dell'altro genitore. In caso di assenza di entrambi i genitori dovrà essere presente il tutore designato dal Tribunale dei Minori;
- in caso di soggetti interdetti garantire la presenza del tutore legale.

5.3.3 Accesso in Pre-Ospedalizzazione (T3)

Il Servizio di PO è situato al Piano Terra, le attività si svolgono dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle 14.00; la PO Oculistica Fast-Track è situata al VI° Piano – Blocco Magenta (Chirurgica) dalle ore 7,30 alle 14,00.

Dalle 7.30 l'utente accede in PO (T3) e ritira il numero dall'apposito elimina-code collocato nel servizio; compila il consenso al trattamento dei dati personali presente in sala di attesa. Successivamente il personale infermieristico effettua la registrazione del paziente, ritira dal paziente il consenso al trattamento dei dati personali e provvede inoltre alla misurazione della PA e FC.
Il MS compila in preospedalizzazione la cartella clinica ambulatoriale (informatizzata o cartacea), il consenso generale alle cure per prelievi ed esami strumentali e somministra il Questionario Anamnestico (All. 1) compilando i campi di proprio interesse; sulla base delle risultanze del Questionario Anamnestico il MS formula il piano diagnostico-terapeutico e rilascia al paziente l'impegnativa dematerializzata per procedere al pagamento delle prestazioni diagnostico terapeutiche incluse nell'APA. Illustra con chiarezza, esaustività, linguaggio adatto e comprensibile tutti i benefici e i potenziali rischi legati alla procedura chirurgica specifica e relativo alla procedura chirurgica specifica. In questa fase, l'esame obiettivo e la valutazione clinica vengono eseguiti dal MS e non da un medico anestesista, a meno che non sussistano problemi specifici. Gli esami ematici, l'ECG e Rx non sono ritenuti necessari come routine nella valutazione preoperatoria dell'APA Fast-Track. Nel caso in cui si rendano necessari accertamenti diversi da quelli compresi nell'APA, la loro prescrizione dovrà essere effettuata dal MS su ricettario regionale. Al termine della valutazione il MS esprime un giudizio di idoneità o NON idoneità all'intervento chirurgico confermando anche il regime di ricovero proposto in fase di arruolamento e la sede di esecuzione della procedura (Presidio Ospedaliero di Rieti o Casa della Salute di Magliano Sabina) (T4).
In caso di NON idoneità del paziente al percorso, il MS ha il compito di:

- avviare a un percorso più complesso di valutazione e di pre-ospedalizzazione per quei pazienti per i quali il trattamento ambulatoriale non offra sufficienti garanzie di sicurezza riportando nella cartella clinica ambulatoriale i motivi della NON idoneità del paziente.

Per ciascun paziente, alla conclusione dell'iter diagnostico preoperatorio, deve essere predisposta la documentazione di seguito dettagliata:

- programmazione della procedura chirurgica indicata nella cartella clinica ambulatoriale;
- refertazione delle prestazioni che hanno costituito l'APA;
- consenso al trattamento dei dati personali compilato;
- questionario anamnestico compilato (All. 1).

5.4 PRE-OSPEDALIZZAZIONE PERCORSO ONE STEP ACCESS

5.4.1 Arruolamento del paziente nell'ambulatorio chirurgico (T0)

Durante la visita ambulatoriale, formulata la diagnosi e ravvisata la necessità di attivazione della PO – One Step Access, il MS (incluso lo Specialista Ambulatoriale), ottenuto il consenso da parte del paziente, procede all'inserimento arruolando direttamente il paziente nella Lista di Presa in Carico **(T1)** o in lista di attesa informatizzata **(T2)** in funzione della necessità o meno di inquadramento diagnostico/Stadiazione.
Compila la cartella clinica ambulatoriale informatizzata indicando anche il setting assistenziale idoneo per il paziente in funzione del tipo di intervento e delle condizioni cliniche del paziente desumibili in occasione della visita chirurgica, Individuando la classe di priorità dell'intervento.
Il CHIRURGO è tenuto a fornire al paziente tutte le informazioni relative a:

- tipologia di ricovero proposto specificando sia il regime assistenziale ipotizzato e sia la sede di intervento (Presidio Ospedaliero di Rieti o Casa della Salute di Magliano Sabina);
- fase di pre−ricovero e trattamento dei dati personali;
- tipo di intervento chirurgico che verrà eseguito.

Il CHIRURGO deve altresì informare il paziente in merito alle seguenti avvertenze:

a) se il paziente non risponde alla convocazione telefonica, effettuata dal servizio di P-O, viene cancellato dalla lista dopo 3 tentativi effettuati entro 30 giorni;
b) se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi sanitari intercorrenti può chiedere di essere posticipato e reinserito successivamente previo invio di certificazione medica; nel frattempo il paziente sarà registrato come "sospeso" nella Lista D'Attesa per un massimo di 30 giorni successivamente ai quali, se non disponibile, sarà eliminato dalla Lista di Attesa;
c) se il paziente rifiuta il ricovero perde qualunque diritto a rimanere in lista.

Consegna infine al paziente il modulo del Questionario Anamnestico in Allegato n. 2 in caso di inserimento in Lista di Presa in Carico o di inserimento diretto in Lista di Attesa; il paziente dovrà portare il Questionario Anamnestico compilato dal MMG in occasione dell'accesso in PO.
Al paziente verrà rilasciata una copia cartacea (**modulo inserimento in lista attesa chirurgica**), stampabile da ARIANNA quanto è inserito in Lista Attesa.

5.4.2 Pianificazione dell'accesso in PO

L'infermiere del Nucleo Unico di Programmazione Chirurgica (NUP) si occupa della convocazione del paziente attingendo dalla lista di attesa informatizzata secondo i seguenti criteri:

- CLASSI DI PRIORITA'
- TEMPO DI ATTESA IN LISTA
- SLOT di Pre-Ospedalizzazione

In base alla programmazione, l'infermiere del NUP contatta telefonicamente il paziente comunicando la data in cui deve recarsi presso il servizio di PO. La telefonata è annotata nel sistema informatizzato e rimane traccia delle informazioni date.
Il NUP contatta al massimo 3 volte il paziente nell'arco di 30 giorni; in caso di mancata risposta o non disponibilità nelle 3 chiamate previste il paziente viene cancellato dalla Lista di Attesa.
Viene registrata:

- la eventuale non risposta ad una delle tre chiamate previste che si effettuano in giorni ed in orari diversi nell'arco di 30 giorni;
- la eventuale non disponibilità temporanea del paziente per motivi di salute o organizzativi con la conseguente registrazione dello stato di sospeso nella Lista di Attesa per un periodo massimo di 30 giorni;
- l'eventuale rifiuto definitivo della visita in pre-ospedalizzazione e dell'intervento chirurgico programmato con conseguente cancellazione dalla Lista di Attesa.

Il personale dedicato fornisce le seguenti indicazioni telefoniche:

- presentarsi in PO a digiuno (almeno 6 ore);
- effettuare l'assunzione della terapia cardiologica compresa quella antipertensiva;
- portare il certificato anamnestico e la documentazione clinica in possesso comprensiva di terapia farmacologica;
- esibire un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria;
- in caso di minori garantire la presenza di entrambi i genitori provvisti di documenti di riconoscimento. In caso di genitori separati deve essere presente almeno il genitore affidatario provvisto di delega e documento dell'altro genitore. In caso di assenza di entrambi i genitori dovrà essere presente il tutore designato dal Tribunale dei Minori;
- in caso di soggetti interdetti garantire la presenza del tutore legale.

5.4.3 Accesso in Pre-Ospedalizzazione (T3-T4)

Il Servizio di PO è situato al **Piano Terra – Blocco Giallo**, le attività si svolgono dal lunedì al venerdì **dalle ore 7.30 alle 14.00.**

Dalle 7.30 l'utente accede in PO **(Fase T3)** e può ritirare il numero dall'apposito elimina-code collocato nel servizio e compilare e firmare il consenso al trattamento dei dati personali il modulo di informazione relativa al rimborso delle spese di PO in caso di rinuncia successiva all'intervento chirurgico; tutti i moduli sono presenti in sala di attesa di pre-ospedalizzazione.
Successivamente il personale infermieristico effettua la registrazione del paziente, ritira la modulistica compilata dal paziente e prende visione del questionario anamnestico consegnato e provvede a:

- misura i parametri vitali;
- esegue i prelievi ematici entro le ore 08,30, regime di ricovero e risultanze del questionario anamnestico. I risultati dei prelievi ematici devono pervenire entro le ore 10.30;
- esegue l'ECG;
- valuta l'opportunità di esecuzione di Rx Torace secondo le indicazioni riportate nell'allegato D

Successivamente il Chirurgo:

1. visita il paziente;
2. compila la cartella clinica allegando il Questionario Anamnestico (avendo cura anche di redigere l'anamnesi in caso di Questionario Anamnestico mancante o incompleto) e prende visione di tutta la documentazione necessaria per la valutazione chirurgica consegnata dal paziente;
3. indica le sacche di sangue eventualmente necessarie in funzione della perdita di sangue prevista (in funzione a quanto indicato nel documento COBUS);
4. illustra benefici e rischi legati alla procedura chirurgica;
5. compila la SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO;
6. compila il modulo per la profilassi antibiotica;
7. compila il modulo per la profilassi tromboembolica.

Successivamente il personale infermieristico:

1 raccoglie la documentazione inclusiva dei referti degli es. ematochimici e la mette a disposizione del Cardiologo presente in PO che, dalle ore 12.00 alle ore 14,00 referta gli ECG e prende visione della documentazione clinica cardiologica in base alla quale valuta la necessità o meno di effettuare visita cardiologica di approfondimento con eventuale Ecografia al fine di definire esplicitamente il rischio cardiologico operatorio; nel caso di necessità di accertamenti di II° livello richiesti dal cardiologo (Ecografia cardiaca di II livello, Cardio-TC, Test Ergometrico, Coronarografia), il paziente viene preso in carico dalla Cardiologia e viene registrato come sospeso nella Lista di Attesa fino alla definizione del caso.

Successivamente l'anestesista, contestualmente:

1. visita il paziente;
2. prende visione dell'anamnesi;
3. compila la cartella anestesiologica;
4. somministra al paziente il questionario Stop Bang;
5. effettua il calcolo del rischio post-operatorio pneumologico;
6. valuta la necessità di richiedere esami ematochimici integrativi per la diagnostica differenziale dell'anemia;
7. richiede eventuale consulenza ematologica;
8. verifica il numero di sacche di sangue richieste in funzione del valore di emoglobina;
9. prende visione degli ECG e della eventuale consulenza cardiologica;

10. acquisisce il consenso informato Anestesiologico. Nei casi in cui l'intervento venga eseguito a distanza notevole di tempo dalla sua pianificazione, il consenso dovrà essere riproposto, nel rispetto del criterio della sua attualità).

Se l'anestesista, dopo aver raccolto l'ANAMNESI, aver VISITATO il pz, VISIONATO gli accertamenti previsti, ritenesse insufficiente il materiale a disposizione può chiedere:

- una consulenza diabetologica secondo i criteri di appropriatezza individuati nell'allegato A;
- una consulenza broncopneumologica secondo i criteri di appropriatezza individuati nell'allegato B;
- una consulenza ematologica secondo i criteri di appropriatezza individuati nell'allegati C;
- le indagini radiologiche secondo i criteri di appropriatezza individuati nell'allegato D.

Al termine della valutazione anestesiologica l'anestesista:

1. classifica il rischio anestesiologico del paziente secondo la classe ASA;
2. conferma o modifica il regime di ricovero scelto dal chirurgo (in caso di modifica condivide la scelta con il chirurgo curante e successivamente con il paziente);
3. conferma la sede di ricovero (Presidio Ospedaliero di Rieti o Casa della Salute di Magliano Sabina).

Il personale infermieristico della PO, al termine del percorso di pre-ospedalizzazione, dopo aver effettuato una verifica della completezza della documentazione presente nella Cartella Clinica consegna la stessa al personale del NUP che registra sul sistema informativo lo stato di "PRONTO" **(Fase T4)**.

5.5 ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI DI PRE-OSPEDALIZZAZIONE

L'istituto della pre-ospedalizzazione comprende tutti gli **accertamenti clinici e diagnostici effettuati prima del ricovero per i pazienti che necessitano di intervento chirurgico in elezione**. Devono essere erogate in regime di pre-ospedalizzazione le prestazioni utili a stabilire il rischio operatorio anestesiologico. In regime di pre-ospedalizzazione possono essere eseguiti esclusivamente gli esami strumentali e ematochimici **ritenuti necessari dal medico anestesista** per il completamento della valutazione clinico anamnestica ai fini di un adeguato inquadramento anestesiologico del paziente.
Tali esami in caso di intervento sono gratuiti in quanto rientranti nella omnicomprensività della tariffa a DRG, mentre in caso di intervento non eseguito sono da ritenere a carico, con tariffa come da nomenclatore regionale vigente, del cittadino.
Tutti gli accertamenti/consulenze ritenuti necessari sono effettuati secondo i criteri di appropriatezza riportati negli allegati A, B, C e D.
Tutti gli altri accertamenti utili per il completamento dell'iter diagnostico e per la definizione dell'indicazione chirurgica o per la stadiazione della malattia non rientrano nel regime di pre-ospedalizzazione e devono essere erogati attraverso l'accesso ambulatoriale per esterni con le consuete modalità di partecipazione alla spesa (ticket).

5.6 SOSPENSIONE DELL'INTERVENTO DURANTE LA PRE-OSPEDALIZZAZIONE

La **sospensione** può essere richiesta dal CHIRURGO o dall'ANESTESISTA della PO per completamento di indagini diagnostiche complesse richiesti durante la pre-ospedalizzazione stessa (ad esempio per un paziente che deve eseguire Coronarografia).
La sospensione, che può avere una durata massima di 30 giorni, è sempre registrata dal personale della PO nel modulo ARIANNA della Lista di Attesa su indicazione del Chirurgo e dell'Anestesista.

Al termine dei 30 giorni di sospensione, nel caso in cui il paziente non possa completare il percorso in PO, viene automaticamente eliminato dalla Lista di Attesa dal Chirurgo.

5.7 PROGRAMMAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI

L'arruolamento dei pazienti candidati ad intervento chirurgico dalla **Lista di Attesa alla Lista Operatoria** è di competenza esclusiva dei Direttori/Responsabili delle UU.OO.; deve essere coerente con gli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale in sede di "budget" e deve essere basata su due **criteri fondamentali**:

A. Grado di priorità clinica.
B. Durata dell'attesa.

I due criteri fondamentali sopra indicati attengono all'etica e alla qualità/efficienza delle cure a loro prestate dall'Ospedale.

La Lista Operatoria è:

- mensile;
- settimanale;
- giornaliera (trasmessa settimanalmente).

La lista operatoria rappresenta la modalità di programmazione del passaggio dei pazienti dalla Lista di Attesa alla Camera Operatoria attraverso la Pre-Ospedalizzazione e il Ricovero (DS, ODS, WS, Ordinario).

5.7.1 La Lista Operatoria Mensile

La **Lista Operatoria Mensile** tiene conto di tutti i pazienti inseriti in Lista Attesa, con pre-ospedalizzazione in corso e con pre-ospedalizzazione conclusa; la Lista Operatoria Mensile viene elaborata entro il 15 di ogni mese antecedente al mese di lavoro secondo i seguenti criteri:

Tab. 1: Criteri costruzione Lista Operatoria Mensile
Classe di Priorità
Tempo attesa del paziente in lista
Tipologia Intervento chirurgico
Sospensioni farmacologiche o terapie farmacologiche in corso (CHT neo-adiuvante)
Disponibilità SLOT Operatori
Durata SLOT Operatori
Disponibilità dell'equipe Chirurgica/Anestesiologica/Infermieristica

La Lista Operatoria Mensile è un atto di programmazione puro volto a definire con la massima accuratezza possibile le risorse necessarie all'attuazione della stessa ed accedere ai meccanismi di approvvigionamento nei tempi utili. La lista operatoria mensile, deve essere prodotta entro il 15° giorno del mese precedente.
La Lista Operatoria mensile viene redatta dall'Ufficio di Programmazione Chirurgica (NUP) in collaborazione con il Direttore/Responsabile o suo delegato di UO in conformità con i Criteri di Organizzazione delle Liste Operatorie enunciati in Tabella 1.
Ove il Dirigente Medico Coordinatore del Percorso Chirurgico, il Coordinatore Infermieristico dei Blocchi Operatori e l'Anestesista Coordinatore delle Camere Operatorie, riscontrino nelle Liste Operatorie Mensili delle criticità per la loro gestione operativa, le rappresentano ai Direttori delle UU.OO. interessate, chiedendo le opportune modifiche.
I Direttori di UO Chirurgica avranno cura di preparare in sovrannumero un ulteriore paziente rispetto alla Lista Operatoria Mensile predisposta (overbooking).
La lista Mensile va avviata entro il giorno 15 del mese precedente.
Tutta la programmazione si basa sul buon funzionamento ed il rispetto delle regole che articolano la pre-ospedalizzazione, con convocazione dei pazienti per la valutazione pre-operatoria nell'ordine previsto dalle Classi di Priorità, assicurando precedenza nella Classe A ai pazienti oncologici o con prognosi ridotta "quoad vitam".
La valutazione anestesiologica è effettuata in pre-ospedalizzazione.
È inoltre di fondamentale importanza che gli interventi chirurgici siano programmati ed effettuati entro i termini temporali di validità della pre-ospedalizzazione, con carattere tassativo.

5.7.2 La Lista Operatoria Settimanale

La **Lista Operatoria Settimanale** (LOS) tiene conto di tutti i pazienti inseriti in Lista Attesa per intervento chirurgico e con pre-Ospedalizzazione conclusa o in via di conclusione ed inseriti nella Lista Operatoria Mensile; viene elaborata con 15 giorni di anticipo rispetto a quella di lavoro e secondo i seguenti aggiuntivi criteri:

Tab. 2: Lista Operatoria Settimanale
Ore di disponibilità di Camera Operatoria per disciplina chirurgica
Pazienti con pre-Ospedalizzazione conclusa o in via di conclusione
Necessità di Recovery Room (RR) o Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO)
Sospensioni farmacologiche
Equipe chirurgica (specificando il primo operatore)
Necessità di sangue
Necessità di esame istologico in estemporanea
Necessità di tecnico radiologo
Tempo (medio) di cambio/ intervallo tra interventi chirurgici
Tempo supplementare (eventuale) per Allestimento/dotazioni

Tempo supplementare (medio) di induzione dell'anestesia
Tempo supplementare (medio) di posizionamento del paziente
Durata (media) dell'intervento chirurgico
Tempo limite per ultimo intervento chirurgico (per riordino finale sala)

Con la LOS viene individuato con ragionevole certezza il giorno dell'intervento del paziente. All'atto della predisposizione della LOS, il NUP contatta il paziente per comunicare la data prevista del ricovero e dell'intervento ed acquisire la disponibilità dello stesso paziente e acquisisce le seguenti informazioni:

- eventuale esposizione a casi confermati di patologie trasmissibili;
- consigli dietetici (dieta povera di grassi prima dell'intervento);
- precauzioni generali (evitare luoghi affollati, o altre occasioni per contrarre malattie virali che potrebbero compromettere il decorso post-operatorio);
- evitare esposizione al sole.

Il paziente sarà comunque ricontattato successivamente per le ulteriori istruzioni di dettaglio. La stessa LOS viene consegnata al Team Bed Management per la programmazione dei ricoveri elettivi in considerazione della degenza post operatoria prevista per singolo paziente e monitorando le dimissioni.

5.7.3 La Lista Operatoria Giornaliera

La **Lista Operatoria Giornaliera** (LOG) tiene conto di tutti i pazienti inseriti nella LOS; viene elaborata entro il mercoledì della settimana antecedente a quella di lavoro e riguarda tutti i giorni della settimana dal lunedì al sabato (se presente chirurgia elettiva al sabato); l'elaborazione segue i seguenti aggiuntivi criteri:

Tab. 3: Lista Operatoria giornaliera
Durata (complessiva) della seduta operatoria
Equipe chirurgica (primo e secondo operatore)
Durata (media) dell'intervento chirurgico (Tempo occupazione sala) secondo lo skill del primo operatore chirurgo
Complessità chirurgica e anestesiologica dell'intervento chirurgico
Tempo (medio) di cambio/ intervallo tra interventi chirurgici
Tempo supplementare (eventuale) per allestimento/dotazioni
Tempo (medio) di induzione dell'anestesia
Tempo supplementare (medio) di posizionamento del paziente
Tempo limite per ultimo intervento chirurgico (per riordino finale sala)

Eventuale necessità di RR con indicazione del tempo di permanenza previsto
Eventuale necessità di TIPO con indicazione del tempo di permanenza previsto
Preparazione di paziente di riserva (eventuale overbooking) solo se già ricoverato
Presenza di Eventuali allergie (Lattice)
Presenza di Eventuali infezioni da Germi Alert

Possono essere inseriti il Lista Operatoria Giornaliera soltanto i pazienti definiti PRONTI, ovvero tutti i pazienti che hanno completato l'iter per l'idoneità all'intervento chirurgico (idoneità anestesiologica, esami integrativi, sospensioni farmacologiche).
La LOG dovrà essere validata da:
- Direttore UO Chirurgica o suo delegato;
- Anestesista Referente della Camera Operatoria (GBO);
- Coordinatore del Blocco Operatorio;
- Coordinatore del GAPAC.

La LOG validata dovrà essere inviata a:
- UO Anatomia Patologia;
- Blocco Operatorio;
- SIMT;
- UUOO chirurgiche;
- Anestesia e rianimazione;
- Radiologia;
- Team Bed Management.

Con la LOG viene individuato con certezza il giorno dell'intervento del paziente. Il NUP provvede a contattare il paziente per confermare la data del ricovero e dell'intervento, fornendo anche tutte le informazioni necessarie quali:

- Setting Assistenziale Individuato (Tipologia di Ricovero e sede di Ricovero – Presidio Ospedaliero di Rieti o Casa della Salute di Magliano Sabina);
- eventuali sospensioni farmacologiche;
- eventuale preparazione intestinale;
- eventuale sopraggiunta necessità di trasfusione dopo la pre-ospedalizzazione e prima del ricovero;
- doccia usando sapone antibatterico;
- rimozione di smalto dalle unghie;
- non mangiare e non bere dopo la mezzanotte;
- non indossare gioielli di nessun tipo;
- non indossare lenti a contatto;
- orario di presentazione presso il Servizio di Accoglienza all'ingresso del Presidio per conoscere il reparto di ricovero.

La stessa LOS viene consegnata dal NUP al Team bed Management per la programmazione dei ricoveri elettivi in considerazione della degenza post operatoria prevista per singolo paziente e monitorando le dimissioni.

5.8 ANNULLAMENTO PRENOTAZIONE DI UN INTERVENTO MESSO IN PROGRAMMAZIONE

L'uscita dell'assistito dal percorso chirurgico intrapreso e quindi dalla lista di programmazione intervento può avvenire per le seguenti motivazioni:

- rifiuto proposta o successivo rifiuto ad effettuare l'intervento;
- rivalutazione negativa;
- numero massimo tre (3) rinvii per volontà del paziente nell'arco di 30 giorni;
- irreperibilità, definita come 3 chiamate consecutive senza risposta nell'arco di 30 giorni;
- mancata accettazione del setting;
- paziente già operato in urgenza;
- paziente già operato altrove;
- intercorso decesso.

All'atto della cancellazione si annota all'interno della Lista Attesa informatizzata la data e il motivo della cancellazione.
In tutti i casi di cancellazione dalla lista di attesa, il NUP invia un'informativa al paziente tramite email/pec.

5.9 RICOVERO (T5)

È cura del TBM reperire il posto letto necessario in caso di ricovero, considerando anche la possibilità di ricoveri urgenti.
Il TBM comunica l'elenco dei pazienti da ricoverare e la loro collocazione 24 h prima dell'accesso del paziente al Presidio al personale dell'accoglienza, presso il quale si recheranno i pazienti per conoscere il reparto di destinazione.
Il giorno del ricovero (Fase T5) coincide con il giorno dell'intervento tranne casi eccezionali discussi e autorizzati dal coordinatore del GAPAC.
Nel caso di ricoveri eccedenti rispetto alla disponibilità dei PL chirurgici i pazienti potranno essere allocati temporaneamente presso la Recovery Room (RR) anche oltre le ore 20,00 previa disposizione della DMO per il tramite del Team Bed Management.
Nel caso specifico, il paziente chirurgico che è stato comunque accolto in reparto di degenza chirurgica, ove è avvenuta l'apertura amministrativa del ricovero su posto letto aggiunto, rimane degente in RR fino alla nuova disponibilità di posto letto.
La precedenza nell'assegnazione del PL in RR dovrà essere data ai pazienti che in fase post-operatoria non potranno essere deambulanti.
All'accesso in reparto il paziente viene accolto con:

- identificazione del paziente (cognome, nome, data nascita, sesso, numero cartella clinica e tipologia di procedura chirurgica);
- controllo tampone antigenico o molecolare per ricerca di Sars-Cov-2;
- verifica dei consensi informati firmati (dal medico e dal paziente) per il trattamento chirurgico e all'anestesia;
- verifica dell'adesione alle raccomandazioni comunicate dal NUP;
- assegnazione del letto.

Il giorno dell'intervento, prima dell'invio in Sala Operatoria, deve essere eseguita la check-list di controllo firmata dall'infermiere e dal medico di reparto.

5.10 DIMISSIONE (T6) E FOLLOW-UP (T7)

Al momento della dimissione dal reparto **(T6)**, il medico che lo ha in cura predispone:

- lettera di dimissione completa di descrizione dell'intervento chirurgico eseguito ed eventuale referto dell'anatomia patologica su campione del pezzo operatorio.
- Se per il paziente è previsto un proseguimento di cura con oncologo e/o radioterapista, lettera di sintesi dell'intervento chirurgico e referto dell'anatomia patologica da trasmettere agli stessi per la successiva presa in carico del paziente.
- Appuntamento per la visita di controllo post-chirurgico per il paziente; nel caso specifico è il Chirurgo dimettente che provvede a redigere ricetta dematerializzata per terapie farmacologiche ed eventuali approfondimenti diagnostici; prescrive inoltre ricetta dematerializzata per visita medica di follow-up e procedere alla prenotazione della stessa, comunicando direttamente al paziente il giorno e ora dell'appuntamento **(T7).**
- Provvede inoltre a fornire un recapito telefonico al paziente per avere informazioni sul decorso post-operatorio.

6. MONITORAGGIO DEL TEMPO DI ATTESA

Il calcolo del tempo di attesa medio per classe di priorità viene effettuato per Unità Operativa e per regime di intervento (Ordinario o Day Surgery o APA).
Il monitoraggio del tempo di attesa esclude i pazienti per i quali il percorso è temporaneamente sospeso a causa dei rinvii richiesti dal paziente o per patologie concomitanti.

7. GESTIONE E MONITORAGGIO DELLA LISTA DI ATTESA

L'analisi delle liste di attesa evidenzia la necessità di intraprendere un percorso di manutenzione e verifica attraverso la chiamata diretta dei pazienti da completare in due fasi:

- ordinaria: da attuare ogni semestre per le persone con attesa superiore a sei mesi;
- straordinaria: quando ritenuto opportuno o comunque per pazienti con attesa > 1 anno laddove la manutenzione ordinaria non abbia consentito di definirne la condizione.

La chiamata del paziente deve avvenire utilizzando i diversi strumenti di contatto disponibili e si può concludere con le seguenti opzioni:

- conferma della disponibilità all'intervento chirurgico;
- sospensione temporanea per motivazioni personali o cliniche, per la quale viene identificato un intervallo temporale definito e durante la quale viene mantenuta la classe di priorità e non viene conteggiato il periodo previsto. Gli eventi di sospensione consentiti sono tre, dopo il terzo si determina, previo invio di una comunicazione ufficiale via email, la cancellazione dalla lista;
- cancellazione per intervento eseguito o, previo invio di una comunicazione ufficiale, o per mancata risposta o rifiuto dell'intervento chirurgico.

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

I Direttori delle UU.OO. Chirurgiche sono responsabili:

- dell'attribuzione delle classi di priorità secondo il citato documento al fine di incrementare omogeneità di comportamento;
- delle attività di controllo dei ricoveri programmati finalizzati all'esecuzione di interventi e delle procedure chirurgiche;
- della pianificazione delle attività chirurgiche nei diversi regimi assistenziali e alla programmazione delle attività elettive nelle Sale Operatorie e della periodica, di norma su base mensile;

- della partecipazione alla revisione e ripartizione degli spazi operatori assegnati alle singole UUOO secondo il "Regolamento generale per il funzionamento delle camere operatorie Aziendali".

La Direzione Medica di Presidio è responsabile:

- delle attività di monitoraggio dei ricoveri programmati finalizzati all'esecuzione di interventi e delle procedure chirurgiche;
- delle valutazioni periodiche (riesame della procedura) su base annuale e dell'attivazione di eventuali azioni correttive, qualora si verifichino scostamenti significativi rispetto agli standard previsti e se insorgano particolari problematiche tecniche o gestionali che impongano una deroga all'organizzazione così codificata;
- della ripartizione degli spazi operatori assegnati (secondo il "Regolamento generale per il funzionamento delle camere operatorie Aziendali").

ATTIVITÀ	Chirurgo	Anestesista Pre-H	Direttore UU.OO. Chirurgiche	Dir Dipartimento	Direttore UO Anestesia	Coord. Inf. BO	Coord. Inf UU.OO. Chirurgiche	DMO	DSA
Visita chirurgica e inserimento/modifica in lista presa in carico e lista di attesa chirurgica e assegnazione classe priorità	R		C	I					
Pianificazione accesso in PO	R	C							
Valutazione del paziente in PO	C	R	C		I				
Inserimento in lista di programmazione intervento	R		I		I			I	
Programmazione delle sedute operatorie			C	C	C	C		R	I
Ricovero/dimissione	R		C			C	C		
Monitoraggio tempi di attesa	C	C	C	I	C	C		R	C
Monitoraggio numero di sospensioni	C	C	C	I	C	C		R	C
Revisione della procedura			C			C		R	C

Legenda: R: Responsabile. C: Coinvolto. I: Informato.

9. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura dovrà essere effettuato, da parte della Direzione Sanitaria e della DMO con i seguenti indicatori di processo:

Nome dell'Indicatore	**Modalità di calcolo dell'Indicatore**	**Valore di riferimento**
Tempo medio di Attesa per l'accesso in PO per classe di priorità	∑(Fase T3 – Fase T1/2) di tutti gli accessi in PO / N. totale degli accessi in PO per Classe di priorità	Secondo i tempi previsti dalle Classi di Priorità
Durata Media della Pre – Ospedalizzazione in One Step Access	∑(Fase T4-Fase T3) di tutti gli accessi in PO in One Step Access (escluse le procedure erogate in APA) / N. totale degli accessi in PO in One Step Access (escluse le procedure erogate in APA)	
Tempo medio di Attesa per il Ricovero per classe di priorità e per disciplina Chirurgica	∑(Fase T5 – Fase T2) di tutti i ricoveri chirurgici elettivi/N. totale dei ricoveri chirurgici elettivi per classe di priorità e per disciplina Chirurgica	
Degenza Media Pre-Operatoria	∑(data intervento – data ricovero) di tutti i ricoveri elettivi chirurgici/N. totale dei ricoveri Chirurgici elettivi per disciplina Chirurgica	
Degenza Media Post Operatoria	∑(Fase T6 – data intervento) di tutti i ricoveri elettivi chirurgici/N. totale dei ricoveri Chirurgici elettivi per disciplina Chirurgica	
Adesione al Follow-up post chirurgico	N. pazienti sottoposti ad intervento chirurgico elettivo e urgente e con prenotazione di visita di follow-up (Fase T7)/ N. totale dei ricoveri Chirurgici elettivi per disciplina Chirurgica	

10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management alla DMO che è tenuta alla diffusione a tutti i proponenti e agli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione".

Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura del Coordinatore/Coordinatrice, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing.

La garanzia di conoscenza della procedura, della sua diffusione, della sua disponibilità per la consultazione e gli aspetti della Formazione sulla stessa sono responsabilità dei Direttori delle strutture, coadiuvati dai coordinatori e, ove presenti, dai facilitatori e referenti della qualità e rischio clinico. La formazione effettuata deve essere tracciata agli atti interni.

11. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO

L'aggiornamento del documento avverrà ogni 3 anni e anche in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi. L'aggiornamento sarà a cura del Direttore della DMO e del Distretto 2 Salario Mirtense.

12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

- Conferenza Stato Regioni (11.7.2002): Modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, Rep. n°1488
- Determinazione G17000 dell'11 dicembre 2017 della Regione Lazio "Adozione del documento tecnico inerente -Linee di indirizzo per l'istituzione di Unità di Week Surgery nell'ambito di una riorganizzazione dell'offerta assistenziale chirurgica regionale"
- DCA U00257/2017 "Adozione del documento tecnico denominato "programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017/2018 in conformità con gli standard previsti dal DM n. 70 del 2015.
- Conferenza Stato Regioni n.28 del 21/2/2019 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021".
- DCA302/2019 regione Lazio piano regionale per il governo delle liste attesa per il triennio 2019-2021
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25 giugno 2020: "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021"
- Determinazione G11271/2020 Recepimento dell'"Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR) ed approvazione del documento regionale "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura"
- Piano della performance ASL di Rieti (Deliberazione del Direttore generale n. 97 del 31/01/2020) che individua linee di sviluppo che puntano alla accoglienza e all'umanizzazione delle cure passando da una logica della "prestazione" alla presa in carico in un "percorso" completo del paziente, anche attraverso l'introduzione e revisione di modelli organizzativi che facilitino l'approccio di "percorso di cura" (es. intensità di cure, piattaforme ambulatoriali e di servizi)
- Deliberazione del Direttore Generale ASL di Rieti n. 506/2021 del 03/05/2021 "Progetto Strategico Aziendale "Riorganizzazione del Percorso Chirurgico Elettivo": costituzione della Cabina di Regia, del Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC) e del Gruppo Operativo del Blocco Operatorio (GBO)"
- Regione Toscana DGRT n.476/2018 Regione Toscana "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa", Allegato per i Criteri di attribuzione delle classi di priorità per gli interventi di chirurgia programmata
- Nora Regione Lazio Prot. N: U0508992 del 11.05.2023 "Progetto di recupero della lista di attesa degli interventi chirurgici con priorità di classe A"

ALLEGATI

- Allegato 1 - Questionario Anamnestico Fast-Track
- Allegato 2 - Questionario Anamnestico
- Allegato A - Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza Diabetologica in Pre-Ospedalizzazione
- Allegato B - Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza Pneumologica in Pre-Ospedalizzazione
- Allegato C - Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza di Medicina Trasfusionale e Patient Blood Management in Pre-Ospedalizzazione
- Allegato D - Criteri di appropriatezza per la richiesta di RX Torace in Pre-Ospedalizzazione

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	REGIONE LAZIO
	QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE **COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE E DEL MEDICO SPECIALISTA**	**ALLEGATO 1**

Cognome:.....;Nome: .....

Data di nascita:.....; Domicilio: .....

Tel.: .....

Intervento previsto e data (approssimativa): .....

1. Peso: ..... kg; altezza: ..... cm
2. È stato sottoposto a cure mediche negli ultimi 6 mesi? no □ si □
   Se sì, in seguito a quali malattie?.....
3. Le risulta essere in atto una gravidanza? no □ si □
4. Prende farmaci regolarmente?
   Se sì, quali? (Eventualmente compilare tabella farmaci a pag. 4)
   .....
5. Interventi chirurgici precedenti:

Intervento	Anno	Ospedale

Durante l'anestesia sono insorti problemi particolari? no □ si □
Se sì, quali? .....
.....

Le risulta essere affetto da una delle seguenti malattie (oppure di esserlo stato in precedenza)?

6. Disturbi cardiaci? no □ si □
Se sì, quali? Infarto cardiaco □ ; quando? .....
aritme □ (fibrillazioni atriali □ ; extrasistoli □); angina pectoris/insufficienza cardiaca □ ;portatore di: stent cardiaci□; by-pass aorto-coronarici□; pacemaker/defibrillatori□
altro:.....

7. Disturbi circolatori o vascolari? no □ si □
Se sì, quali? Ipertensione □; arteriopatia periferica (aneurismi aortici □; stenosi carotidee □); insufficienza venosa agli arti inferiori □; trombosi venose □; embolie polmonari □;
altro: .....

8. Disturbi della coagulazione? (Dopo ferite/operazioni/interventi dentistici manifesta sanguinamenti eccessivi o di lunga durata; ha una tendenza alla formazione di ematomi) no □ si □
Se sì, quali? .....
Qualche familiare ha avuto trombosi od emorragie? no □ si □
Ha cicli mestruali molto abbondanti o lunghi? (per le donne in età fertile) no □ si □
Assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti? no □ si □

9. Malattie polmonari o delle vie respiratorie? no □ si □
Se sì, quali? Asma □ ; bronchite cronica □ ; bronchite acuta □ ; enfisema polmonare □ ;
altro: .....

10. Fuma abitualmente? no □ si □
Se sì, quanto? .....

11. Malattie del fegato? no □ si □
12. Se sì, quali? Epatite virale A / B / C □; calcoli alla colecisti (cistifellea) □;
altro: .....

13. Malattie dei reni? no □ si □
Se sì, quali? Calcoli □; insufficienza renale cronica □ (dialisi □);
altro:.....

14. Malattie del metabolismo? no □ si □
Se sì, quali? Diabete: insulino-dipendente, trattato solo con antidiabetici orali □ disturbi alla tiroide □; ipotiroidismo □ ; ipertiroidismo □ ;
altro:.....

15. Malattie dello stomaco/duodeno? no □ si □
Se sì, quali? Reflusso gastro-esofageo sintomatico/trattato □; gastrite □; ulcere □;
altro: .....

16. Malattie degli occhi? no □ si □

16.Malattie del sistema nervoso? no □ si □
Se sì, quali? Epilessia □ ; paralisi □ ; ictus cerebri/TIA □ ; emorragia cerebrale □ ;
altro: .....

17. Disturbi della psiche? no □ si □

Se sì, quali? Depressione □; sindrome ansiosa □;
altro: .....

18.Malattie delle ossa? no □ si □
Se sì, quali? Artrosi □ ; fibromialgia □; disturbi alla colonna vertebrale □ ; osteoporosi □
19. Affezioni o astenia (debolezza) muscolare? no □ si □

20. Allergie? no □ si □
Se sì, quali? Pollini / polveri / peli animali □ latex □ ; altro: .....
medicamenti specificare: iodio □ ; mezzo di contrasto □; penicillina □ ; altro: .....

21. Consuma bevande alcoliche regolarmente? no □ si □
Se sì, 1-2 bicchieri di vino ai pasti □ ; occasionale (week-end) □ ; altro: .....

22.Fa uso di sostanze stupefacenti? no □ si □
Se sì, quali? .....

23. Le è già stata effettuata una trasfusione di sangue? no □ si □
Se sì, sono insorte complicazioni? no □ si □

24. È a conoscenza di malattie muscolari presso i suoi parenti? no □ si □

25. È a conoscenza di gravi problemi in relazione all'anestesia riscontrati presso i suoi parenti?
no □ si □
Se sì, quali? .....

26.Soffre di altri disturbi, non elencati nel questionario? no □ si □
Se sì, quali? .....

Altre particolarità non previste dal questionario (per esempio: gravi infortuni precedenti, particolari circostanze professionali):

.....

Tabella Farmaci:

Nome del Farmaco	Posologia

Il sottoscritto (oppure i genitori, rispettivamente il suo tutore) dichiara di aver risposto coscienziosamente alle domande sopra formulate:

Data: ..... / ..... / ..... Firma: .....

Il Medico Specialista:

Data: ..... / ..... / ..... Firma: .....

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	REGIONE LAZIO
	QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE **COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**	**ALLEGATO 2**

Caro Collega,

allo scopo di facilitare la visita con il medico anestesista e per aumentare la sicurezza dell'anestesia, La invitiamo cortesemente a compilare questo formulario.

Tramite le domande seguenti desideriamo essere informati su possibili rischi associati all'anestesia, allo scopo di poter adottare le precauzioni necessarie. Le domande sono numerose poiché è nostro desiderio essere informati anche su fattori di rischio anche ritenuti rari.

La preghiamo gentilmente di leggere attentamente il formulario e di indicare con una crocetta quello che fa al caso del suo paziente.

Cognome:.....;Nome: .....

Data di nascita:.....; Domicilio: .....

Tel.: .....

Intervento previsto e data (approssimativa): .....

1. Peso: ..... kg; altezza: ..... cm
2. È stato sottoposto a cure mediche negli ultimi 6 mesi? no □ si □
   Se sì, in seguito a quali malattie?.....
3. Le risulta essere in atto una gravidanza? no □ si □
4. Prende farmaci regolarmente?
   Se sì, quali? (Eventualmente compilare tabella farmaci a pag. 4)
   .....
5. Interventi chirurgici precedenti:

Intervento	Anno	Ospedale

Durante l'anestesia sono insorti problemi particolari? no □ si □
Se sì, quali? .....
.....

Le risulta essere affetto da una delle seguenti malattie (oppure di esserlo stato in precedenza)?

6. Disturbi cardiaci? no □ si □
   Se sì, quali? Infarto cardiaco □ ; quando? .....
   aritme □ quali.....; angina pectoris/insufficienza cardiaca □ ; portatore di: stent cardiaci□; by-pass aorto-coronarici□; pacemaker/defibrillatori□
   altro:.....

7. Disturbi circolatori o vascolari? no □ si □
   Se sì, quali? Ipertensione □; arteriopatia periferica (aneurismi aortici □; stenosi carotidee □); insufficienza venosa agli arti inferiori □; trombosi venose □; embolie polmonari □;
   altro: .....

8. Disturbi della coagulazione? (Dopo ferite/operazioni/interventi dentistici manifesta sanguinamenti eccessivi o di lunga durata; ha una tendenza alla formazione di ematomi) no □ si □
   Se sì, quali? .....
   Qualche familiare ha avuto trombosi od emorragie? no □ si □
   Ha cicli mestruali molto abbondanti o lunghi? (per le donne in età fertile) no □ si □
   Assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti? no □ si □

9. Malattie polmonari o delle vie respiratorie? no □ si □
   Se sì, quali? Asma □ ; bronchite cronica □ ; bronchite acuta □ ; enfisema polmonare □ ;
   altro: .....

10. Fuma abitualmente? no □ si □
    Se sì, quanto? .....

11. Malattie del fegato? no □ si □
    Se sì, quali? Epatite virale A / B / C □; calcoli alla colecisti (cistifellea) □;
    altro: .....

12. Malattie dei reni? no □ si □
    Se sì, quali? Calcoli □; insufficienza renale cronica □ (dialisi □);
    altro:.....

13. Malattie del metabolismo? no □ si □
    Se sì, quali? Diabete: insulino-dipendente, trattato solo con antidiabetici orali □ disturbi alla tiroide □; ipotiroidismo □ ; ipertiroidismo □ ;
    altro:.....

14. Malattie dello stomaco/duodeno? no □ si □
    Se sì, quali? Reflusso gastro-esofageo sintomatico/trattato □; gastrite □; ulcere □;
    altro: .....

15. Malattie degli occhi? no □ si □

16.Malattie del sistema nervoso? no □ si □
Se sì, quali? Epilessia □ ; paralisi □ ; ictus cerebri/TIA □ ; emorragia cerebrale □ ;
altro: .....

17. Disturbi della psiche? no □ si □
Se sì, quali? Depressione □; sindrome ansiosa □;
altro: .....

18.Malattie delle ossa? no □ si □
Se sì, quali? Artrosi □ ; fibromialgia □; disturbi alla colonna vertebrale □ ; osteoporosi □
19. Affezioni o astenia (debolezza) muscolare? no □ si □

20. Allergie? no □ si □
Se sì, quali? Pollini / polveri / peli animali □ latex □ ; altro: .....
medicamenti specificare: iodio □ ; mezzo di contrasto □; penicillina □ ; altro: .....

21. Consuma bevande alcoliche regolarmente? no □ si □
Se sì, 1-2 bicchieri di vino ai pasti □ ; occasionale (week-end) □ ; altro: .....

22.Fa uso di sostanze stupefacenti? no □ si □
Se sì, quali? .....

23. Le è già stata effettuata una trasfusione di sangue? no □ si □
Se sì, sono insorte complicazioni? no □ si □

24. È a conoscenza di malattie muscolari presso i suoi parenti? no □ si □

25. È a conoscenza di gravi problemi in relazione all'anestesia riscontrati presso i suoi parenti?
no □ si □
Se sì, quali? .....

26.Soffre di altri disturbi, non elencati nel questionario? no □ si □
Se sì, quali? .....

Altre particolarità non previste dal questionario (per esempio: gravi infortuni precedenti, particolari circostanze professionali):

.....

Tabella Farmaci:

Nome del Farmaco	Posologia

Il sottoscritto (oppure i genitori, rispettivamente il suo tutore) dichiara di aver risposto coscienziosamente alle domande sopra formulate:

Data: ..... / ..... / ..... Firma: .....

Il Medico di Medicina Generale:

Data: ..... / ..... / ..... Firma: .....

Allegato A: Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza Diabetologica in Pre-Ospedalizzazione

Il paziente diabetico che deve essere sottoposto ad un intervento chirurgico in elezione, necessita di un percorso pre-operatorio al fine di programmare l'intervento in una fase di controllo metabolico adeguato, definendo il tipo di trattamento dell'iperglicemia nel periodo perioperatorio, migliorandone gli esiti e riducendo i tempi di degenza media.

L'intervento chirurgico, analogamente ad altre cause di ospedalizzazione, rappresenta un evento stressante che aumenta il tono simpatico e i livelli di ormoni della contro-regolazione con conseguente riduzione della secrezione e della sensibilità insulinica.

Ne consegue un aumento del fabbisogno insulinico che, se non soddisfatto, può portare a crisi iperglicemiche sotto forma di sindrome iperosmolare, soprattutto nel diabete di tipo 2, e chetoacidosi, soprattutto nel diabete tipo 1. Il rischio di chetoacidosi è aumentato dal digiuno post- operatorio, nel caso in cui non venga somministrata una quantità adeguata di glucosio. Insieme a queste conseguenze prettamente metaboliche, si verificano anche una disfunzione immunitaria e una risposta pro-ossidante e pro-infiammatoria, che giocano un ruolo centrale nell'aumentata morbilità e mortalità associate all'iperglicemia.

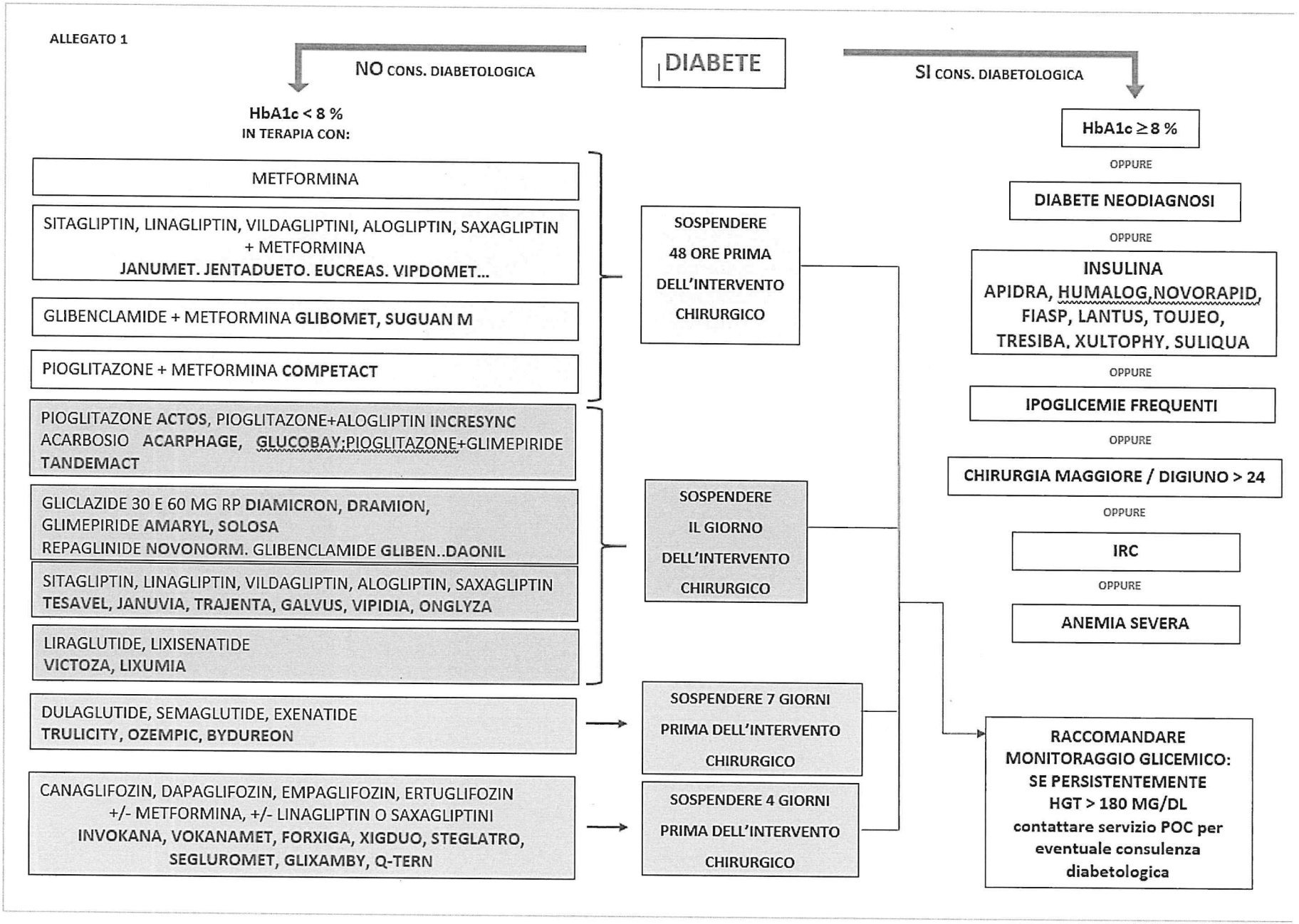
Gestione della Glicemia in Pre-Ospedalizzazione

La maggior parte delle linee guida raccomanda di **posporre l'intervento stesso in caso di livelli elevati di HbA1c; il valore soglia indicato è 8,5%.**

1. Riguardo all'intervento è necessario innanzitutto classificare la procedura come ambulatoriale, oppure come procedura chirurgica minore o maggiore. Inoltre è necessario considerare se l'intervento è programmato al mattino (preferibile nei pazienti diabetici) o al pomeriggio e se l'intervento prevede una preparazione alimentare o un digiuno prolungato con eventuale necessità di terapia enterale/parenterale.
2. È indispensabile conoscere se l'intervento prevede esami radiografici con somministrazione di mezzo di contrasto.
3. Riguardo invece alle caratteristiche del paziente, è necessario differenziare innanzitutto i pazienti con diabete di tipo 1 da quelli con diabete di tipo 2.

ALLEGATO 1

FLOW-CHART SOSPENSIONE FARMACI E CONS. DIABETOLOGICA (Allegato 1)



Gestione Intra - Operatoria

Il giorno dell'intervento la glicemia può essere controllata con **analogo rapido di insulina s.c.**, ove necessario, negli interventi chirurgici di superficie o con apertura della parete addominale in regime di Day o Week Surgery e rialimentazione precoce, oppure **con insulina in infusione insieme a glucosio e K** in tutti gli altri interventi secondo algoritmi predefiniti condivisi, validati e contestualizzati alla nostra realtà ospedaliera.

Gestione Post - Operatoria

Le linee guida congiunte dell'American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) e dell'ADA e le linee guida italiane (AMD-SID,2018), entrambe relative all'iperglicemia in ospedale, raccomandano:

1. v**alori glicemici pre-prandiali <140 mg/dl, post-prandiali <180 mg/dl o random <180 mg/dl**, se ottenibili senza rischi elevati di ipoglicemia, **nei pazienti che si alimentano**, ovvero per la chirurgia nella fase pre-operatoria fino al giorno precedente l'intervento e nella fase post-operatoria dalla ripresa dell'alimentazione

2. **valori glicemici 140-180 mg/dl,** in funzione del rischio stimato di ipoglicemia, **nei pazienti che non si alimentano**, ovvero per la chirurgia nella fase peri-operatoria, dal giorno dell'intervento alla ripresa dell'alimentazione.

3. alla ripresa dell'alimentazione può essere ripresa la somministrazione sottocutanea di insulina (o terapia ipoglicemizzante non insulinica, salvo complicazioni e previa rivalutazione della funzionalità renale), secondo lo schema domiciliare.

4. in caso di istituzione di alimentazione enterale o parenterale la terapia insulinica deve essere adeguata al tipo di nutrizione artificiale e alla modalità di somministrazione

Indicazioni di carattere generale:

Il principio generale che deve sempre guidare la scelta terapeutica è **di limitare il rischio di ipoglicemia ed evitare le iperglicemie, mantenendo i livelli di glucosio nel sangue entro un range ristretto (140-180 mg/dl)** al fine di ridurre la variabilità glicemica durante l'intervento e il rischio di iper- e ipoglicemie.

A tutti i pazienti e in particolare a quelli in terapia insulinica, deve essere costantemente monitorata la glicemia e, ove necessario, i chetoni.

BIBLIOGRAFIA

AMD-SID Standard di cura italiani 2018

Ceriello A, Chiaramonte C, Cimino A, et al. I percorsi assistenziali ospedale-territorio: profilo di cura del paziente diabetico ricoverato per un intervento chirurgico d'elezione, profilo di cura del paziente con iperglicemia in DEU, profilo di cura del paziente con iperglicemia ricoverato in Cardiologia. Il Giornale di AMD 2014;17:159-75. scaricabile su http://aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni

Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. Diabetes Care2004;27:553-591

Dhatariya K, Levy N, Kilvert A, et al. Diabetes UK Position Statements and Care Recommendations NHS Diabetes guideline for the perioperative management of the adult patient with diabetes. Diabet Med 2012;29:420-433

FDA. FDA Approves Label Changes to SGLT2 Inhibitors Regarding Temporary Discontinuation of Medication Before Scheduled Surgery. 18/3/2020.

Allegato B: Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza Pneumologica in Pre-Ospedalizzazione

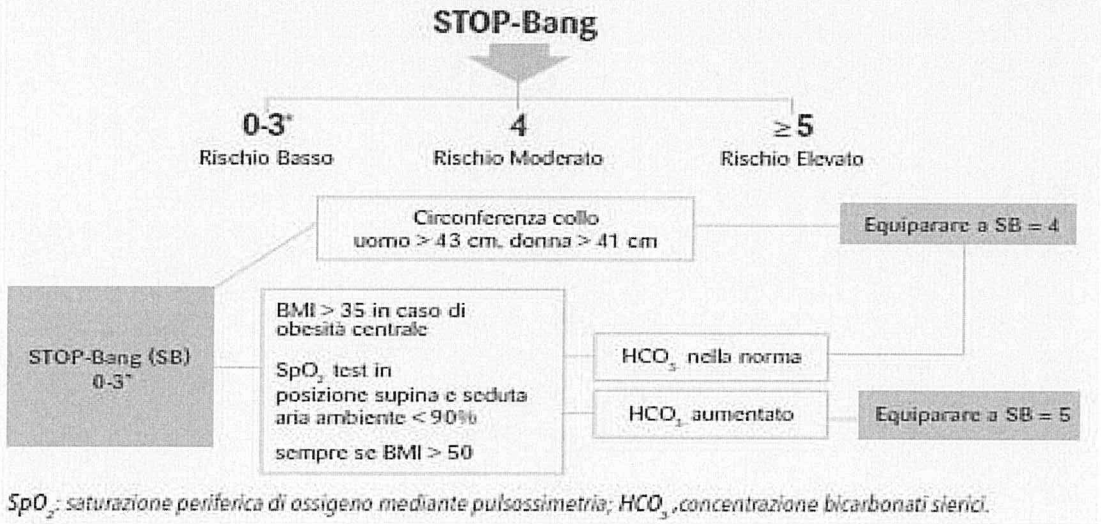
Gestione del Paziente pneumologico in Pre-Ospedalizzazione

Tutti i candidati a chirurgia o a procedura invasiva in sedazione devono essere sottoposti, da parte dell'anestesista, a screening mirato per l'OSA con questionario STOP-Bang (Snoring-Tired-Observed-Blood pressure-BMI-Age-Neck-Circumference-Gender). Il questionario è integrato nella cartella clinica di pre-ospedalizzazione.

L'approfondimento diagnostico attraverso valutazione pneumologica è raccomandato per ogni paziente con conferma di sospetto di OSA (secondo i risultati del questionario Stop Bang in Tabella 1) candidato a chirurgia elettiva rinviabile.

Nel caso di chirurgia non rinviabile (classe A), la gestione del paziente riguarda il post operatorio e dovrà essere condivisa fra pneumologo ed anestesista nel contesto del setting assistenziale individuato dall'anestesista nella valutazione preoperatoria.

Snoring	Russa rumorosamente tanto da essere sentito attraverso una porta chiusa?	**SI**	**NO**
Tiredness	Si sente spesso stanco, affaticato e assonnato durante il giorno?	**SI**	**NO**
Observed apnea	Le sono mai stati osservati/segnalati episodi di apnea durante il sonno?	**SI**	**NO**
Pressure	Soffre di ipertensione arteriosa, anche trattata?	**SI**	**NO**
Body mass index	BMI > 35 kg/m²	**SI**	**NO**
Age	Ha più di 50 anni?	**SI**	**NO**
Neck circumference	Circonferenza collo > 41 cm per le donne e > 43 cm per gli uomini	**SI**	**NO**
Gender	Genere maschile?	**SI**	**NO**



SpO_2: saturazione periferica di ossigeno mediante pulsossimetria; HCO_3, concentrazione bicarbonati sierici.

Tabella 1

Gestione Post-Operatoria

A tal fine occorre considerare:

1. la severità dell'OSA (diagnosticata o sospetta);
2. la tipologia dell'intervento chirurgico;
3. il tipo di anestesia e la prevista richiesta di oppioidi postoperatori.

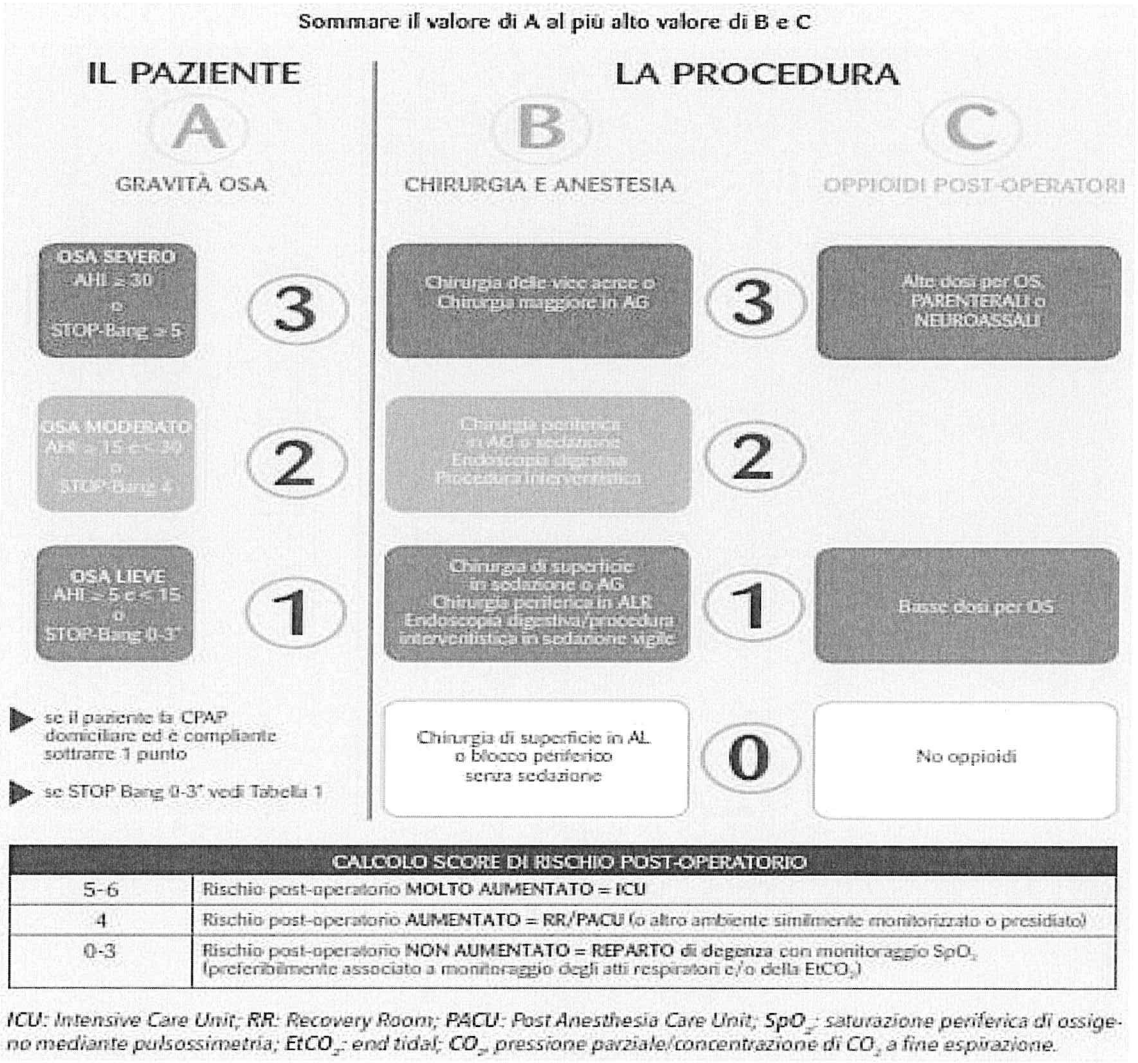
L'integrazione dei suddetti fattori determina tre differenti profili di rischio con conseguente gestione perioperatoria personalizzata, adeguata alla tipologia di paziente, alla gravità dell'OSA e alla gestione farmacologica per l'intervento programmato.

Il profilo di rischio è ottenuto dalla somma dei punteggi attribuiti a singoli parametri (Tab 2) :

- Rischio postoperatorio MOLTO AUMENTATO → Ricovero del Paziente in Terapia Intensiva post- Operatoria

- Rischio postoperatorio AUMENTATO→ Ricovero del Paziente in Recovery Room

- Rischio postoperatorio NON AUMENTATO→ Ricovero del Paziente in degenza con monitoraggio SpO2 (preferibilmente associato a monitoraggio degli atti respiratori e/o dellaEtCO2).



CALCOLO SCORE DI RISCHIO POST-OPERATORIO	
5-6	Rischio post-operatorio **MOLTO AUMENTATO** = ICU
4	Rischio post-operatorio **AUMENTATO** = RR/PACU (o altro ambiente similmente monitorizzato o presidiato)
0-3	Rischio post-operatorio **NON AUMENTATO** = **REPARTO** di degenza con monitoraggio SpO_2 (preferibilmente associato a monitoraggio degli atti respiratori e/o della $EtCO_2$)

ICU: Intensive Care Unit; RR: Recovery Room; PACU: Post Anesthesia Care Unit; SpO_2: saturazione periferica di ossigeno mediante pulsossimetria; $EtCO_2$: end tidal; CO_2 pressione parziale/concentrazione di CO_2 a fine espirazione.

Tabella 2 Calcolo score di rischio post-operatorio nel paziente con OSA e decisione del livello di intensità di cura (documento SIAARTI OSA 2019).

Indicazioni di carattere generale:

La presenza di eventuali comorbidità mal controllate (obesità patologica, insufficienza respiratoria, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale o altre aritmie, ipertensione arteriosa refrattaria, ipertensione polmonare, stroke o TIA) va ad aumentare il rischio postoperatorio calcolato con la Tabella 2; la presenza di ipercapnia ≥ 50 mmHg peggiora il rischio perioperatorio potendo evidenziare un' insufficienza respiratoria sottostante o Obesity Hypoventilation Syndrome (OHS); un adeguato approfondimento diagnostico e l'eventuale ottimizzazione preoperatoria sono condizionati dal grado di urgenza dell'intervento e il percorso andrebbe condiviso con il paziente e il chirurgo: quando lo studio e l'ottimizzazione preoperatori auspicabili non siano attuabili in tempi utili, il paziente va informato in modo esaustivo della valutazione rischi-benefici e della strategia terapeutica indicata e deve esprimere un chiaro consenso informato.

L'uso della Continous Positive Airway Pressure (CPAP) domiciliare, purché adeguatamente adattata e tollerata, quindi efficace, migliora le condizioni preoperatorie dei pazienti con OSA; tali benefici si estendono anche al postoperatorio quando la terapia viene proseguita in RR/TIPO Unit) e reparto

Si consiglia pertanto di riportare in modo chiaro nella cartella anestesiologica il rischio perioperatorio e le conseguenti strategie da adottare.

Bibliografia

1. La gestione perioperatoria del paziente con Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSA) Rita Cataldo, Ida Di Giacinto- SIAARTI – Buone pratiche clinche - versione 01 Pubblicato il 28.02.2019)
2. Test preoperatori di routine per chirurgia elettiva Linea guida NICE [NG45] Pubblicata: 05 aprile 2016

Allegato C: Criteri di appropriatezza per la richiesta di Consulenza di Medicina Trasfusionale e Patient Blood Managemet in Pre-Ospedalizzazione

Scopo di un protocollo di gestione dell'anemia in fase preoperatoria è limitare l'uso di sangue allogenico per ridurre il rischio trasfusionale e i tempi di degenza.

Tali obiettivi sono raggiungibili gestendo in tempo utile, in fase di preospedalizzazione, tutti i fattori di rischio modificabili e che, se non gestiti, richiederebbero il supporto della terapia trasfusionale

Sarà quindi necessaria in fase di preospedalizzazione, generalmente trenta giorni prima dell'intervento:

- Attenta valutazione clinico-laboratoristica, con esecuzione di eventuali indagini integrative
- Valutazione chirurgica del grading dell'intervento e priorità dello stesso con indicazione delle perdite ematiche previste
- Valutazione del rischio emorragico, anche tramite questionari ed eventuale intervento dell'esperto di emostasi che adotterà i provvedimenti terapeutici atti a ridurre tale rischio

Una diagnosi di anemia prima di un intervento chirurgico in elezione ne costituisce controindicazione prima che venga posta diagnosi etiologica e necessita di trattamento.

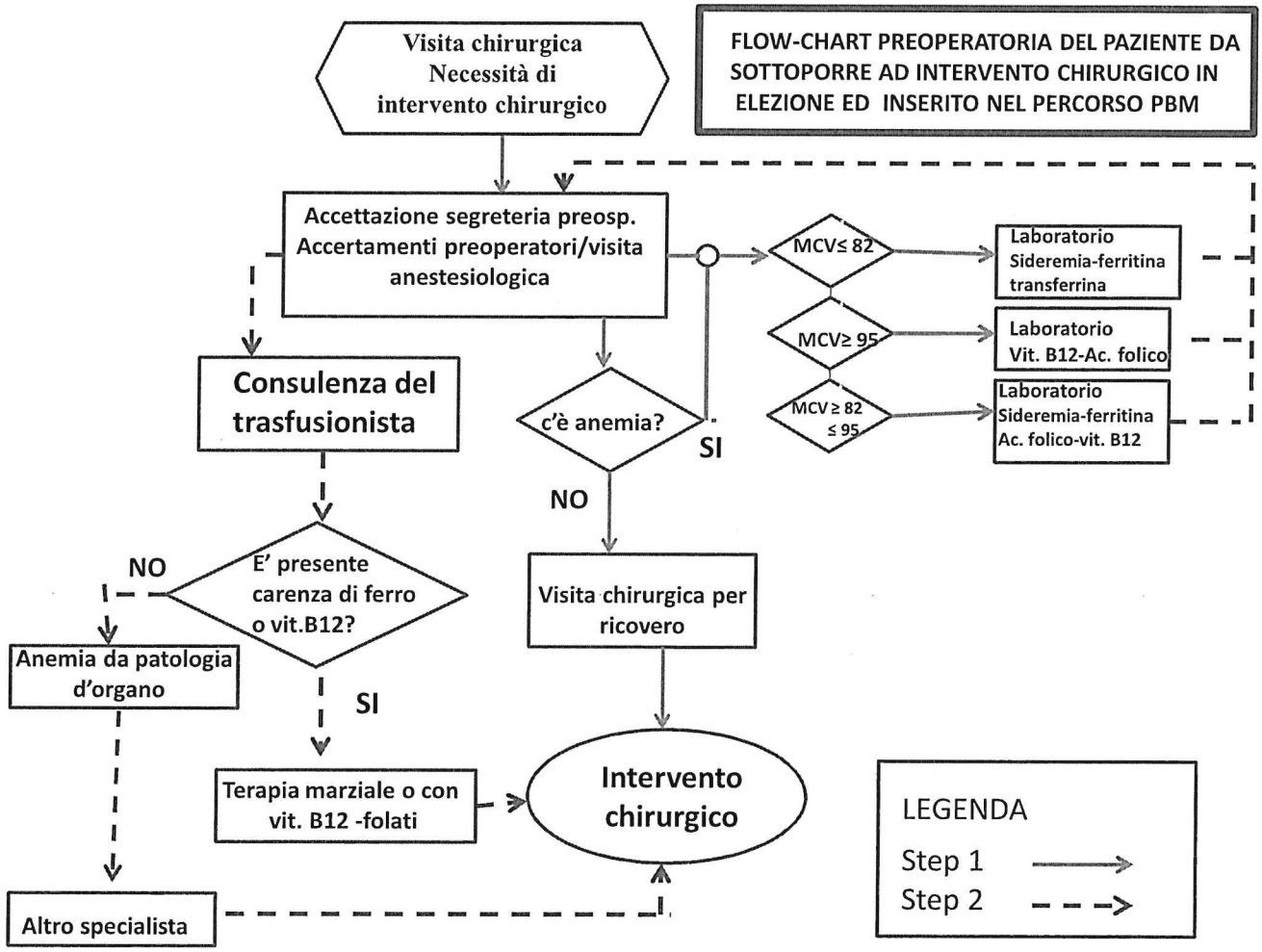
Gestione dell'Anemia in Preospedalizzazione:

La diagnosi di anemia viene posta quando il valore dell'emoglobina risulti inferiore al cut-off di normalità suggerito dall'OMS, come nella tabella 1:

Età o sesso	Limiti inferiori Hb (gr/dL)
Bambini (0,5-5 anni)	**11.0**
Bambini (5-12 anni)	**11.5**
Adolescenti (12-15 anni)	**12.0**
Donne (>15 anni)	**12.0**
Donne gravide	**11.0**
Uomini (>15 anni)	**13.0**

Tab.1: valori riferimento Hb

Rilevata la condizione di anemia in preospedalizzazione, in assenza di comorbilità e di pancitopenia (leucopenia, piastrinopenia), verificato il volume globulare eritrocitario medio (MCV), in presenza di anemia microcitica (MCV< 82 fl) l'anestesista di PO chiede i test laboratoristici aggiuntivi e la consulenza di Medicina Trasfusionale (da erogare nella giornata di richiesta) secondo la seguente flow-chart:



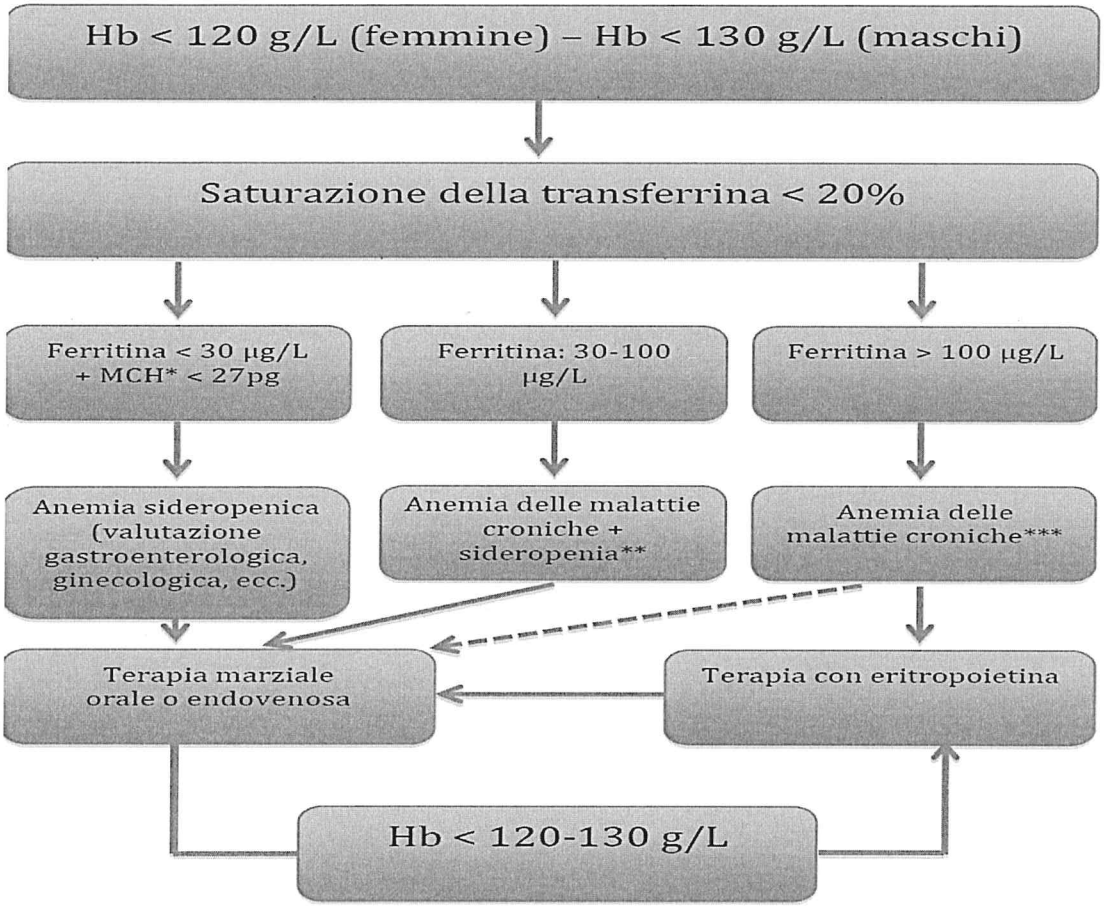
Dopo diagnosi etiologica dell'anemia sideropenica, (ma anche da deficit di folati e vitamina B12) ed in assenza di controindicazioni alla terapia marziale o a base di vitamina B12 per infusione, il Medico Trasfusionista coinvolto in consulenza dall'Anestesista di PO, organizza un accesso ambulatoriale presso il Centro Trasfusionale in tempi brevi ed efficaci per il recupero dell'emoglobina preoperatoria. A distanza di due settimane dalla terapia impostata il Medico Trasfusionista verifica la concentrazione dell'emoglobina prima di procedere ad un'eventuale seconda infusione laddove la determinazione del fabbisogno lo richiede.

Gestione Post-Operatoria

La maggiore efficacia di intervento sull'anemia si ottiene prevedendo, soprattutto nei casi di sanguinamento postoperatorio non previsto, l'utilizzo di terapia marziale endovenosa dopo l'intervento, secondo una strategia 1+1, cioè una sacca di eritrociti+1 somministrazione endovenosa. Tale modalità, consente di ridurre il consumo di unità di eritrociti e di ridurre la morbilità ed i tempi di degenza. Il protocollo PBM raccomanda un infusione di 200 mg di ferro elementare ogni 500 ml di perdita.

Per ridurre complessivamente il numero di sacche prenotate per intervento dal chirurgo che elabora la richiesta si deve, già in pre-ospedalizzazione, scrivere la quantità di perdita di sangue prevista per il tipo di intervento e già presente nel protocollo di MBOS aziendale.

Algoritmo diagnostico dell'anemia sideropenica sec. Muñoz



Bibliografia:

1. Le raccomandazione di PBM del CNS
2. Il documento aziendale di Buon Uso del Sangue (MBOS), 2018
3. L'implementazione dei programmi di PBM, Survey 2018

Allegato D: Criteri di appropriatezza per la richiesta di RX Torace in Pre-Ospedalizzazione

La radiografia del torace non è indicata di routine, quindi nella valutazione preoperatoria va richiesta in modo selettivo sulla base di indicazioni cliniche e anamnestiche.

E' da considerare valida se eseguita nei 6 mesi precedenti purchè non ci siano variazioni cliniche significative.

E' indicata nei pz con le seguenti caratteristiche :

A. fumatori (1 pacchetto die) o ex fumatori da meno di 10 anni
B. ASA maggiore o uguale a tre
C. Malattie cardiovascolari acute o croniche
D. Malattie respiratorie acute o croniche
E. Patologie neoplastiche
F. Immunodepressione
G. Terapia radiante negli ultimi 6 mesi
H. Provenienza da aree endemiche per malattie infettive
I. Interventi di chirurgia maggiore
J. Difficoltà a formulare anamnesi

Non è indicata nei pz che hanno meno di 45 anni che non rientrano nelle categorie sopra citate.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I.00821180577

UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

Responsabile UOSD Diabetologia
Dr.ssa Anna Rita Aleandri
Direttore della UOC Pneumologia
Dr.ssa Donatella Mancini
Responsabile della UOSD Medicina Trasfusionale
DR. Stefano Venarubea
Direttore UOC Neurologia / Stroke Unit
Dr. Steno Rinalduzzi
Direttore UOC Chirurgia Vascolare
Dr. Massimo Ruggeri
Al Direttore della UOC Gastroenterologia
Dr. Maurizio Giovannone
Ai Direttori del Dipartimento di chirurgia
Al Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
Dr. Cosimo Oliva
Al Servizio di Pre- Ospedalizzazione
E.p.c.
Alla Direzione Generale Aziendale
Alla Direzione Sanitaria Aziendale
Direttore UOC Assistenza alla Persona UOC Risk Management,
Qualità dei Processi e Auditing

Oggetto: Obiettivo Budget Rispetto tempi ricovero per intervento chirurgico in Classe A: riduzione del tempo di Pre-Ospedalizzazione

In relazione all'oggetto si specifica che le richieste di consulenza:

- Diabetologica
- Broncopneumologica
- Medicina Trasfusionale
- Neurologica
- Chirurgia Vascolare

effettuate in regime di Pre-Ospedalizzazione dall'Anestesista per interventi Chirurgici in Classe A, dovranno essere eseguite nella stessa giornata della richiesta, nella fascia oraria dalle ore 12,00 alle ore 13,00 inserendo eventualmente il paziente in overbooking.

Tale richiesta dovrà essere anticipata telefonicamente dalla Pre-Ospedalizzazione all'Ambulatorio specialistico;

L'esito della consulenza dovrà tenere conto del fatto che il paziente è in Classe A e pertanto dovrà essergli garantito l'intervento chirurgico nei tempi previsti.

Qualora siano assolutamente necessari ulteriori accertamenti specialistici per l'inquadramento della patologia per la quale è richiesta consulenza, il paziente dovrà essere cancellato dalla Lista di Attesa (azione a carico della Pre-Ospedalizzazione) e inserito in Lista presa in carico (azione a carico da parte del chirurgo) per la conclusione dell'iter valutativo.

Tale indicazione è operativa dal 24.07.2024. ed integra il protocollo di "Piano Di Attuazione Percorso Chirurgico Aziendale"

Estensore:
Rita Giovangiacomo

UOC Direzione Medica Ospedaliera
Dr. Massimiliano Angelucci
Direttore f.f.

Tel. 0746/278221 – Fax 0746/278440 – e-mail: segreteria.dmo@asl.rieti.it – pec: dmo.asl.rieti.@pec.it