


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022
Pag. 1 di 22		

**DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore f.f. DMO Dott. M. Angelucci		UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dott. Maurizio Musolino	Direzione Sanitaria Aziendale Dott.ssa Assunta De Luca 
Direttore DAPS Dott.ssa A. Barsacchi			
Direttore Distretto 2 (Salario Mirtense) Dott. G. D'Agostino		UOS Governo Clinico e Sistema Qualità Dott.ssa Antonella Stefania Morgante 	
Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.			

**STATO DELLE REVISIONI**

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
25/02/2022	0	Prima emissione

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 2 di 22

## INDICE

STATO DELLE REVISIONI .....	1
PREMESSA.....	3
SCOPO .....	6
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI .....	6
DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI.....	6
MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO .....	7
1.1 MODALITA' OPERATIVE PER Pre-Ospedalizzazione APA Percorso Fast-Track (Fase T0 e T1)	7
FASE 1: ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (Fase T0)	7
FASE 2: PIANIFICAZIONE dell'Accesso in PO	8
FASE 3: Accesso in PO (Fase T1)	9
1.2 MODALITA' OPERATIVE per Pre-Ospedalizzazione Percorso One Step Access (Fase T0, T1 e T2)	10
FASE 1: ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (Fase T0)	10
FASE 2: PIANIFICAZIONE dell'Accesso in PO	10
FASE 3: ACCESSO in PO (Fase T1 e Fase T2)	11
1.3 SOSPENSIONE O RINVIO DELLA PREOSPEDALIZZAZIONE O DELL'INTERVENTO	12
1.4 ANNULLAMENTO DI UNA PRENOTAZIONE DI UN INTERVENTO MESSO IN PROGRAMMAZIONE	13
1.5 ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI DI PREOSPEDALIZZAZIONE	13
1.6 PROGRAMMAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI	13
1.7 RICOVERO (Fase T3 e Fase T4)	17
1.8 DIMISSIONE (Fase T5) E FOLLOW-UP (Fase T6)	17
MONITORAGGIO DEL TEMPO DI ATTESA.....	18
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	18
MODALITA' DI MONITORAGGIO.....	20
MODALITA' DI DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO.....	20
MODALITA' DI AGGIORNAMENTO.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	21
ALLEGATI	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 3 di 22

## 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 Checklist", 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).

Tenuto conto che la realtà epidemiologica attuale richiede di integrare le misure di prevenzione del contagio da infezione SARS-CoV-2 con l'implementazione dell'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali al fine di utilizzare a pieno la potenzialità delle risorse disponibili garantendo sicurezza e funzionalità secondo criteri di complessità e priorità.

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

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b></p>	<p>PN /110/00/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 25/02/2022</p>
		Pag. 4 di 22



## 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
<b>Figure Professionali della Cabina di Regia</b>	
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	<p>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</p> <p>specialistica, professioni sanitarie, gestione operativa, i case manager del percorso chirurgico e del GBO.</p>
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.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b></p>	<p>PN /110/00/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 25/02/2022</p>

<b>Figure Professionali del GAPAC</b>	
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)
<b>GBO</b>	
<b>Gruppo Operativo del Blocco Operatorio</b>	
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
<b>Figure Professionali del GBO</b>	
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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 6 di 22

## 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 e uniformità 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.

## CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il presente documento è applicato da tutti gli attori del percorso del paziente chirurgico:

- Servizio di Pre-Ospedalizzazione;
- tutte le UU.OO. Chirurgiche;
- Anestesia e Rianimazione;
- Medicina Trasfusionale;
- Radiologia;
- Farmacia;
- Centrale di Sterilizzazione;
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero;
- Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca (DITRAR).

Il presente documento deve essere sempre applicato in tutti i casi di ricovero programmato per intervento chirurgico.

## DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

**DMPO:** Direzione Medica di Presidio ospedaliero

**DS:** Day Surgery

**MS:** Medico Specialista

**WS:** Week Surgery

**Pre-H:** Pre-ospedalizzazione

**PRENOTAZIONE:** è l'atto con cui il paziente viene inserito in lista di attesa

**TAT:** Tempo di Attesa

**SO-SSOO:** sala operatoria - sale operatorie

**L.A:** Lista di Attesa



**CdR:** Cabina di Regia

**GAPAC:** Gruppo Aziendale Programmazione Attività Chirurgica

**P.O:** Pre- Ospedalizzazione

**COBUS:** Comitato per il Buon Uso del Sangue

**NUP:** Ufficio Programmazione Chirurgica

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO</p> <p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b></p>	<p>PN /110/00/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 25/02/2022</p>
		Pag. 7 di 22

## MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO

Il percorso del paziente chirurgico si articola in diversi eventi e tempi. In funzione della patologia da cui il paziente è affetto, il CHIRURGO ravvisa la necessità dell'approccio chirurgico al trattamento. Il CHIRURGO provvede all'inquadramento diagnostico, se necessario avvalendosi di ulteriori indagini, da effettuarsi comunque in regime ambulatoriale e mai in pre-ospedalizzazione ed infine raccoglie gli elementi clinici per stilare la proposta di intervento chirurgico e l'individuazione del codice di priorità clinica.

La Proposta di Intervento Chirurgico deve essere formulata dallo specialista solo quando la necessità del trattamento chirurgico risulti "reale" e "attuale".

Nessun paziente deve essere quindi inserito in "lista di attesa chirurgica" fintanto che il percorso degli accertamenti diagnostici non qualifichi 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.

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**.

### 1.1 MODALITA' OPERATIVE PER Pre-Ospedalizzazione APA Percorso Fast-Track (Fase T0 e T1)

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

- Lisi di aderenze della mano;
- Sindrome del tunnel Carpale;
- Cataratta;
- Iniezione di farmaci Intravitreali;
- Circoncisione Terapeutica;
- Mini stripping venoso dell'arto inferiore.

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.

### FASE 1: ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (Fase T0)

Durante la visita ambulatoriale, formulata la diagnosi e ravvisata la necessità 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 ORMAWEB Individuando la classe di priorità dell'intervento:

- CLASSE A: ricovero entro 30 giorni;
- CLASSE B: ricovero entro 60 giorni;
- CLASSE C: ricovero entro 180 giorni;
- CLASSE D: ricovero entro 12 mesi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 <hr/> Pag. 8 di 22

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 (l'informativa, precede il consenso al trattamento chirurgico che il paziente firmerà prima dell'intervento chirurgico).

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 pre-H, viene cancellato dalla lista dopo 3 tentativi;
- b) se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti può chiedere di essere posticipato e reinserito successivamente;
- c) se il paziente rifiuta il ricovero perde qualunque diritto a rimanere in lista.

Successivamente compila la cartella clinica ambulatoriale informatizzata o la cartella ambulatoriale cartacea (nelle more della definitiva adozione della sola 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 anestesia locale:

- handicap mentali gravi;
- pazienti non collaboranti;
- età pediatrica.

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

## **FASE 2: PIANIFICAZIONE dell'Accesso in PO**

L'infermiere case manager della pre-ospedalizzazione del percorso chirurgico si occupa della convocazione del paziente attingendo dalla lista di attesa informatizzata secondo i seguenti criteri:

- CLASSE DI PRIORITA';
- TEMPO DI ATTESA IN LISTA.

In base alla programmazione, l'infermiere 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 Servizio di PO contatta al massimo 3 volte il paziente.



Viene registrata anche:

- la eventuale non disponibilità del paziente;
- la eventuale non risposta ad una delle tre chiamate che si effettuano in giorni ed in orari diversi;
- il rifiuto della visita in pre-ospedalizzazione o dell'intervento chirurgico programmato.

Il personale dedicato fornisce le seguenti indicazioni telefoniche:

- esibire un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria;



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 9 di 22

- 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 e 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.

### **FASE 3: Accesso in PO (Fase T1)**

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 (Fase T1) 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 la cartella clinica ambulatoriale (informatizzata o cartacea) 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 acquisisce il consenso informato 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 servissero 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).

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 informato compilato;
- Consenso al trattamento dei dati personali compilato;
- Questionario Anamnestico compilato (All. 1).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 <hr/> Pag. 10 di 22

## 1.2 MODALITA' OPERATIVE per Pre-Ospedalizzazione Percorso One Step Access (Fase T0, T1 e T2)

### FASE 1: ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO (Fase 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 in lista di attesa informatizzata (**Fase T0**).

Compila la cartella clinica ambulatoriale informatizzata o la cartella ambulatoriale cartacea (nelle more della definitiva adozione della sola 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:

- CLASSE A: ricovero entro 30 giorni;
- CLASSE B: ricovero entro 60 giorni;
- CLASSE C: ricovero entro 180 giorni;
- CLASSE D: ricovero entro 12 mesi.

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 (l'informativa, precede il consenso al trattamento chirurgico che il paziente firmerà prima dell'intervento chirurgico).

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 pre-H, viene cancellato dalla lista dopo 3 tentativi;
- b) se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti può chiedere di essere posticipato e reinserito successivamente;
- c) se il paziente rifiuta il ricovero perde qualunque diritto a rimanere in lista.

Consegna infine al paziente il modulo del Questionario anamnestico (allegato n. 2) che lo stesso paziente dovrà portare in occasione dell'accesso in PO una volta compilato dal MMG.

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

### FASE 2: PIANIFICAZIONE dell'Accesso in PO


L'infermiere case manager della pre-ospedalizzazione del percorso chirurgico si occupa della convocazione del paziente attingendo dalla lista di attesa informatizzata secondo i seguenti criteri:

- CLASSI DI PRIORITA'
- TEMPO DI ATTESA IN LISTA

In base alla programmazione, l'infermiere 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 Servizio di PO contatta al massimo 3 volte il paziente.

Viene registrata anche:

- la eventuale non disponibilità del paziente;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 11 di 22

- la eventuale non risposta ad una delle tre chiamate che si effettuano in giorni ed in orari diversi;
- l'eventuale rifiuto della visita in pre-ospedalizzazione o dell'intervento chirurgico programmato.

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 soggetti interdetti garantire la presenza del tutore legale.

### **FASE 3: ACCESSO in PO (Fase T1 e Fase T2)**

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 T1**) 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:

- misurare i parametri vitali;
- eseguire il prelievo ematico in base all'età del paziente, regime di ricovero e risultanze del questionario anamnestico. I risultati devono pervenire entro le ore 11.30;
- eseguire l'ECG ed inviare lo stesso corredato del Questionario Anamnestico al Servizio di cardiologia che refererà lo stesso entro le 11.30 e valuterà la necessità di ulteriori approfondimenti in relazione al Questionario e al tipo di intervento chirurgico;
- valutare 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 e 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 (se si prevede una perdita inferiore a 1000 ml, in assenza di anemia preoperatoria, non si deve fare richiesta di unità di sangue, come riconosciuto dai protocolli, soprattutto se nel periodo postoperatorio si integra la volemia con soluzioni cristalloidi);
4. illustra benefici e rischi legati alla procedura chirurgica e acquisisce il consenso informato relativo alla procedura chirurgica specifica;
5. compila la **SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO**;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 12 di 22

6. compila il modulo per la profilassi antibiotica;
7. compila il modulo per la profilassi trombo embolica.

Successivamente l'anestesista:

1. visita il paziente;
2. acquisisce il Questionario Anamnestico;
3. compila la cartella anestesiologicala;
4. somministra al paziente il questionario Stop Bang;
5. effettua il calcolo del rischio post-operatorio pneumologico;
6. valuta la necessità di richiedere es. 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. acquisisce il Consenso Informato Anestesiologicalo.

Se l'anestesista, dopo aver raccolto l'ANAMNESI, aver VISITATO il paziente, 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'allegati 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 anestesiologicala l'anestesista:

1. classifica il rischio anestesiologicalo 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 registra sul sistema informativo lo stato di "PRONTO" (**Fase T2**) e consegna la documentazione al servizio NUP per la successiva programmazione dell'intervento.

### 1.3 SOSPENSIONE O RINVIO DELLA PREOSPEDALIZZAZIONE O DELL'INTERVENTO

La **sospensione** del percorso si verifica quando l'assistito per motivi clinici è impossibilitato a completare la pre-ospedalizzazione o l'intervento.



La sospensione deve essere motivata da valutazioni cliniche e annotata:

- dal CHIRURGO per una malattia intercorrente, ecc;
- dall'ANESTESITA della pre-ospedalizzazione per completamento di indagini diagnostiche complesse richiesti dopo la pre-ospedalizzazione.

La sospensione del percorso esita necessariamente in una rivalutazione della proposta che potrà confermare o variare le informazioni precedentemente indicate.

Il **rinvio** della pre-ospedalizzazione o dell'intervento si verifica perché l'assistito non è disponibile ad intraprendere una delle fasi previste dal percorso per motivi personali e comunque diversi da quelli che implicano una sospensione.

Dopo due rinvii effettuati per volontà del paziente si procede con l'uscita del paziente dalla lista di attesa.

	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PIANO DI ATTUAZIONE</b></p> <p><b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b></p>	<p>PN /110/00/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 25/02/2022</p>

#### 1.4 ANNULLAMENTO DI UNA 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;
- intervenuto 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, la Pre-Ospedalizzazione invia un'informativa al paziente tramite pec/posta ordinaria/Raccomandata A.R (se necessario).

#### 1.5 ACCERTAMENTI CLINICI E DIAGNOSTICI DI PREOSPEDALIZZAZIONE

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 se il candidato all'intervento è realmente operabile. 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 anestesiologicalo 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).

#### 1.6 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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE          PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 14 di 22

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).

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:

<b>Tab. 1: Criteri costruzione Lista Operatoria Mensile</b>
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 pervenire entro il 15<sup>o</sup> 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 un ulteriore paziente rispetto in sovrannumero alla Lista Operatoria Mensile predisposta (overbooking precauzionale).

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 anestesologica è effettuata in Pre-Ospedalizzazione.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE</b> <b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 15 di 22

E' inoltre di fondamentale importanza che gli interventi chirurgici siano programmati ed effettuati entro i termini temporali di validità della Pre-Ospedalizzazione, con carattere tassativo.


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:

<b>Tab. 2: Lista Operatoria Settimanale</b>
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
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 Covid-19 positivi;
- 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 anche 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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE          PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 16 di 22

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:

<b>Tab. 3: Lista Operatoria giornaliera</b>
Durata (complessiva) della seduta operatoria
Durata (media) dell'intervento chirurgico (Tempo occupazione sala) secondo lo skill del primo operatore chirurgo
Complessità chirurgica e anestesiologicala 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 anestesiologicala, esami integrativi, sospensioni farmacologiche).

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;
- doccia usando sapone antibatterico;
- rimozione di smalto dalle unghie;
- non mangiare e non bere dopo la mezzanotte;



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 17 di 22

- non indossare gioielli di nessun tipo;
- non indossare lenti a contatto;
- nome e locazione del reparto di ricovero;
- orario di presentazione presso 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.

### 1.7 RICOVERO (Fase T3 e Fase T4)

La LOS e la LOG viene consegnata dal NUP al Team Bed Management per la programmazione dei ricoveri e la gestione dei posti letto in considerazione delle degenze medie post-operatorie previste.

È cura del TBM reperire il posto letto necessario in caso di ricovero, considerando anche la possibilità di ricoveri urgenti.

Il giorno del ricovero (**Fase T3**) coincide con il giorno dell'intervento (**Fase T4**) tranne casi eccezionali discussi e autorizzati dal coordinatore del percorso chirurgico.

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.

### 1.8 DIMISSIONE (Fase T5) E FOLLOW-UP (Fase T6)

Al momento della dimissione dal reparto (**Fase T5**), 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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 <hr/> Pag. 18 di 22

dematerializzata per visita medica di follow-up e procedere alla prenotazione della stessa, comunicando direttamente al paziente il giorno e ora dell'appuntamento **(Fase T6)**;

- provvede inoltre a fornire un recapito telefonico al paziente per avere informazioni sul decorso post-operatorio.

### **MONITORAGGIO DEL TEMPO DI ATTESA**

Il calcolo del tempo di attesa medio per classe di priorità viene effettuato per Unità Operativa Semplice e per regime di intervento (ordinario o Day Surgery).

Il monitoraggio del tempo di attesa esclude i pazienti per i quali il percorso è temporaneamente sospeso o a causa dei rinvii richiesti dal paziente.

La vista sui tempi di attesa viene effettuata dalla Direzione Sanitaria ai fini del monitoraggio periodico del rispetto dei tempi delle liste di attesa.



### **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

I Direttori delle UU.OO. Chirurgiche sono responsabili:

- dell'individuazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle classi di priorità ai pazienti eleggibili ad intervento chirurgico programmato 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, partecipazione alla revisione e ripartizione degli spazi operatori assegnati alle singole UUOO secondo il regolamento del Blocco operatorio.



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 verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti e se insorgono particolari problematiche tecniche o gestionali che impongano una deroga all'organizzazione così codificata;
- della ripartizione degli spazi operatori assegnati (vedi regolamento BO).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE          PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 19 di 22

ATTIVITÀ	Chirurgo	Anestesista Pre-H	Direttore UOC	Dir Dipartimento	Corr. Anestesia e BO	Coord. Inf. di BO	Coord. Inf di Reparto	DMO	DSA
Visita chirurgica e inserimento/modifica in lista di attesa chirurgica e assegnazione classe prioritaria	R		C	I					
Proposta d'intervento chirurgico	R								
Valutazione clinica per eleggibilità all'intervento	R								
Inserimento i lista di programmazione intervento	R								
Programmazione delle sedute operatorie			R	C	R			C	I
Ricovero	R		R				R		
Monitoraggio tempi di attesa	C	C	R	I	C	C		R	R
Monitoraggio numero di sospensioni	C	C	R	I	R	R		R	R
Revisione della procedura						C		R	R

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE</b> <b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 20 di 22

### MODALITA' DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio dell'applicazione del percorso 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	$\sum(\text{Fase T1} - \text{Fase T0})$ 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	$\sum(\text{Fase T2-Fase T1})$ 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	$\sum(\text{Fase T3} - \text{Fase T0})$ di tutti i ricoveri chirurgici elettivi/N. totale dei ricoveri chirurgici elettivi per classe di priorità e per disciplina Chirurgica	
Degenza Media Pre-Operatoria	$\sum(\text{Fase T4} - \text{Fase T3})$ di tutti i ricoveri elettivi chirurgici/N. totale dei ricoveri Chirurgici elettivi per disciplina Chirurgica	
Degenza Media Post-Operatoria	$\sum(\text{Fase T5} - \text{Fase T4})$ 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 T6)/ N. totale dei ricoveri Chirurgici elettivi per disciplina Chirurgica	

### MODALITA' DI DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO

Il documento sarà diffuso a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso chirurgico dalla Cabina di Regia del Percorso Aziendale con raccolta delle firme degli operatori di presa visione dello stesso.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	PN /110/00/2022 Rev. 0 Del 25/02/2022 Pag. 21 di 22

## 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.

## BIBLIOGRAFIA

- 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" (PNGLA).
- Legge n. 217/2019 recante modifiche al consenso ai trattamenti sanitari e DAT:
- 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)".

	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b></p>	<p>PN /110/00/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 25/02/2022</p>
		Pag. 22 di 22

## 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 <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE</b> <b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>  <b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO FAST-TRACK</b>	<b>ALLEGATO 1</b> PN/110/00/2022 Pag. 1 di 4

**Questionario per pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in anestesia generale o loco-regionale.**

**COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE E DEL MEDICO SPECIALISTA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

1. Peso \_\_\_\_\_ kg Altezza \_\_\_\_\_ cm
2. E' 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? \_\_\_\_\_
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?  
Se sì, quali? Infarto cardiaco  Quando? \_\_\_\_\_  
Aritmie  (fibrillazioni atriali  ; extrasistoli  ) angina pectoris/insufficienza cardiaca  ;  
Portatore di: stent cardiaci  ; by-pass aorto-coronarici  ; pacemaker/defibrillatori  ;  
altro: \_\_\_\_\_
7. Disturbi circolatori o vascolari?  
Se sì, quali? Ipertensione  ; arteriopatia periferica (aneurismi aortici  ; stenosi carotidee  ) ;  
insufficienza venosa agli arti inferiori  ; trombosi venose  ; embolie polmonari  ;  
altro: \_\_\_\_\_

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	<b>ALLEGATO 1</b> PN/110/00/2022
	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO FAST-TRACK</b>	Pag. 2 di 4

8. Disturbi della coagulazione? (Dopo ferite/operazioni/interventi dentistici manifesta sanguinamenti eccessivi o di lunga durata; ha una tendenza alla formazione di ematomi)

sì  no

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Qualche familiare ha avuto trombosi o 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?

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 della 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: \_\_\_\_\_



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE</b> <b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	<b>ALLEGATO 1</b> PN/110/00/2022
	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO FAST-TRACK</b>	Pag. 3 di 4

18. Malattie delle ossa?  no  si  
 Se sì, quali? Atrosi  ; fibromi algia  ; disturbi alla colonna vertebrale  ; osteoporosi  ;
19. Afezioni 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. E' a conoscenza di malattie muscolari presso i suoi parenti?  no  si
25. E' 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): \_\_\_\_\_



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI          CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE</b>  <b>COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE          E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b>	<b>ALLEGATO.2</b> <b>PN/110/00/2022</b>

Caro Collega,

allo scopo di facilitare la visita con il medico anestesista e per aumentare la qualità e la sicurezza del percorso di cura chirurgico e anestesiologicalo, 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


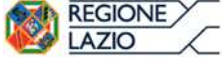
Durante l'anestesia sono insorti problemi particolari? no  si   
 Se sì, quali?

.....  
 .....

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE</b></p> <p>COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</p>	<p>ALLEGATO.2 PN/110/00/2022</p>



**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? .....  
 aritmie  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 carotidiche );  
 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:.....  
 .....

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE</b></p> <p><b>COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b></p>	<p>ALLEGATO.2 PN/110/00/2022</p>

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. Afezioni 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



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>QUESTIONARIO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI          CHIRURGICI IN ANESTESIA GENERALE O LOCO-REGIONALE</b>  <b>COMPILAZIONE A CARICO DEL PAZIENTE          E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b>	<b>ALLEGATO.2</b> <b>PN/110/00/2022</b>


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

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

Il Medico di Medicina Generale:

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	ALLEGATO A PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA DIABETOLOGICA          IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 1 di 3

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**

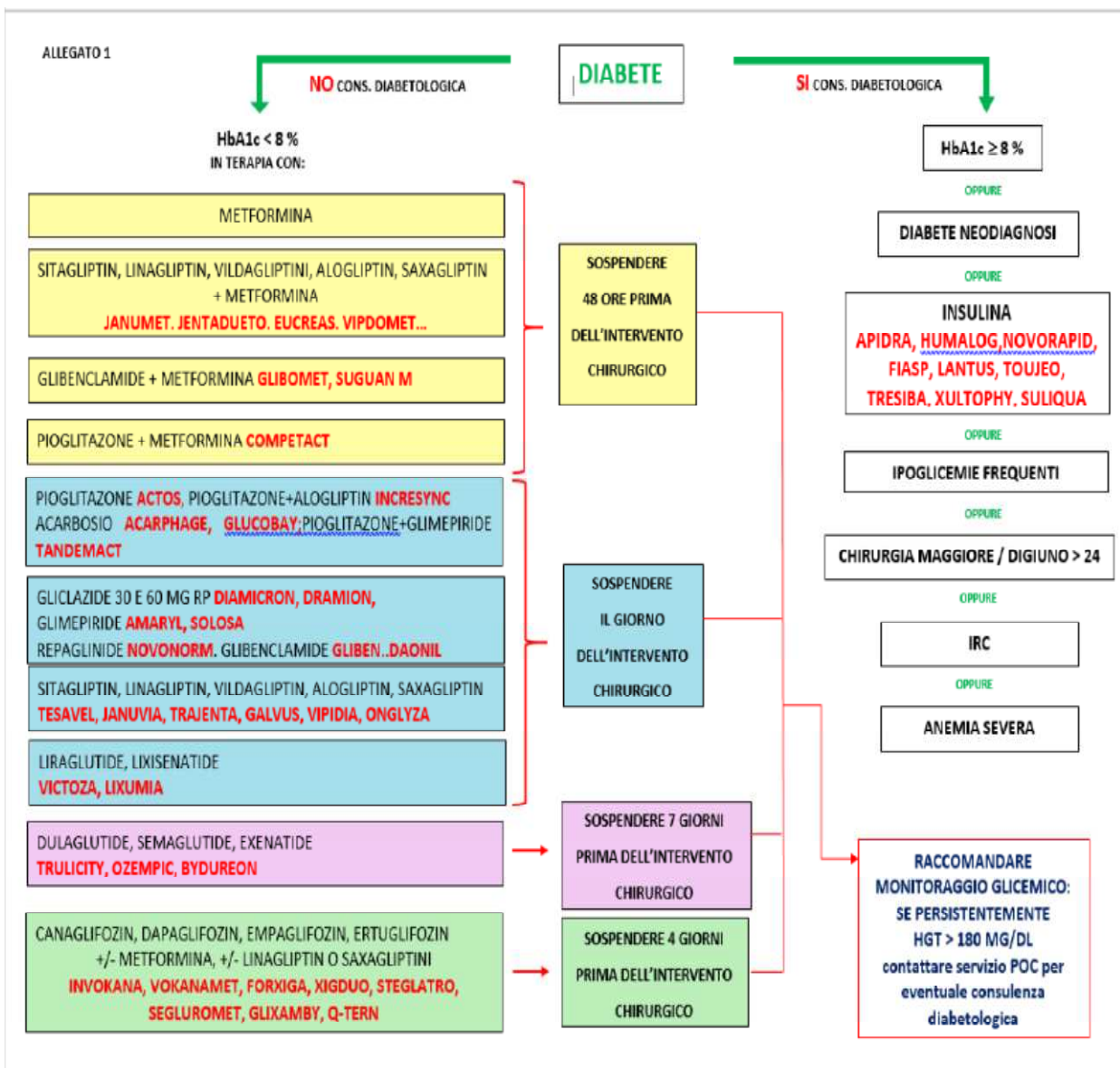
La maggior parte delle linee guida raccomanda di **porre l'intervento stesso in caso di livelli elevati di HbA1c; il valore soglia indicato è 8,5%.**

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.



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</p>	<p>ALLEGATO A</p>
	<p><b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DIABETOLOGICA IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b></p>	<p>PN/110/00/2022</p> <p>Pag. 2 di 3</p>

## 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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	ALLEGATO A PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA DIABETOLOGICA          IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 3 di 3

### 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. **valori 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.**

EGATO  	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	ALLEGATO B  PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA PNEUMOLOGICA IN          PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 1 di 3

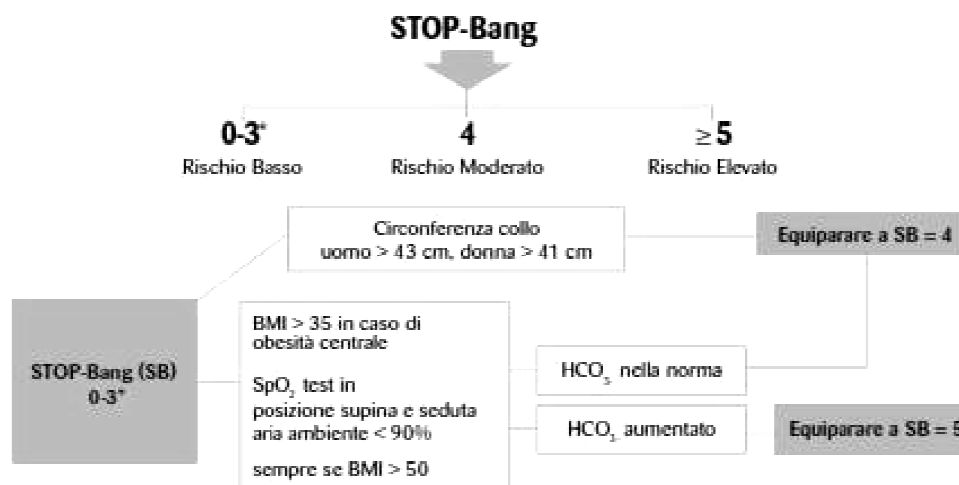
### Gestione del Paziente pneumologico in Pre-Ospedalizzazione

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.

<b>Snoring</b>	Russa rumorosamente tanto da essere sentito attraverso una porta chiusa?	SI	NO
<b>Tiredness</b>	Si sente spesso stanco, affaticato e assennato durante il giorno?	SI	NO
<b>Observed apnea</b>	Le sono mai stati osservati/segnalati episodi di apnea durante il sonno?	SI	NO
<b>Pressure</b>	Soffre di ipertensione arteriosa, anche trattata?	SI	NO
<b>Body mass index</b>	BMI > 35 kg/m <sup>2</sup>	SI	NO
<b>Age</b>	Ha più di 50 anni?	SI	NO
<b>Neck circumference</b>	Circonferenza collo > 41 cm per le donne e > 43 cm per gli uomini	SI	NO
<b>Gender</b>	Genere maschile?	SI	NO



SpO<sub>2</sub>: saturazione periferica di ossigeno mediante pulsossimetria; HCO<sub>3</sub>: concentrazione bicarbonati sierici.

EGATO  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	ALLEGATO B PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA PNEUMOLOGICA IN          PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 2 di 3

### 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 SpO<sub>2</sub> (preferibilmente associato a monitoraggio degli atti respiratori e/o della EtCO<sub>2</sub>).

Sommare il valore di A al più alto valore di B e C

IL PAZIENTE A GRAVITÀ OSA	LA PROCEDURA B CHIRURGIA E ANESTESIA	C OPPIOIDI POST-OPERATORI
<b>OSA SEVERO</b> AHI ≥ 30 o STOP-Bang ≥ 5 <b>3</b>	Chirurgia delle vie aeree o Chirurgia maggiore in AG <b>3</b>	Alte dosi per OS, PARENTERALI o NEUROASSALI <b>3</b>
<b>OSA MODERATO</b> AHI ≥ 15 e < 30 o STOP-Bang 4 <b>2</b>	Chirurgia polmonare o AG o sedazione (ipolossipne, apnoea ipossipnea, ipertensione ipertensiva) <b>2</b>	<b>2</b>
<b>OSA LIEVE</b> AHI ≥ 5 e < 15 o STOP-Bang 0-3* <b>1</b>	Chirurgia di superficie in sedazione o AG Chirurgia periferica in ALR Endoscopia digestiva/procedura interventistica in sedazione vigile <b>1</b>	Basse dosi per OS <b>1</b>
se il paziente lo CPAP domiciliare ed è compliant: sottrarre 1 punto se STOP-Bang 0-3* vedi Tabella 1	Chirurgia di superficie in AL o blocco periferico senza sedazione <b>0</b>	No oppioidi <b>0</b>

CALCOLO SCORE DI RISCHIO POST-OPERATORIO	
5-6	Rischio post-operatorio <b>MOLTO AUMENTATO</b> = ICU
4	Rischio post-operatorio <b>AUMENTATO</b> = RR/PACU (o altro ambiente similmente monitorizzato o presidiato)
0-3	Rischio post-operatorio <b>NON AUMENTATO</b> = REPARTO di degenza con monitoraggio SpO <sub>2</sub> (preferibilmente associato a monitoraggio degli atti respiratori e/o della EtCO <sub>2</sub> )

ICU: Intensive Care Unit; RR: Recovery Room; PACU: Post Anesthesia Care Unit; SpO<sub>2</sub>: saturazione periferica di ossigeno mediante pulsossimetria; EtCO<sub>2</sub>: end tidal; CO<sub>2</sub>: pressione parziale/concentrazione di CO<sub>2</sub> 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).

EGATO  	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE  <b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA PNEUMOLOGICA IN          PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	ALLEGATO B  PN/110/00/2022
		Pag. 3 di 3

### 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  $\geq 50$  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 Continuous 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 anestesiologicala 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 cliniche - versione 01 Pubblicato il 28.02.2019)
2. Test preoperatori di routine per chirurgia elettiva Linea guida NICE [NG45] Pubblicata: 05 aprile 2016

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PIANO DI ATTUAZIONE</b> <b>PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</b>	<b>ALLEGATO C</b>  PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA</b> <b>RICHIESTA DI CONSULENZA DI MEDICINA</b> <b>TRASFUSIONALE E PATIENT BLOOD</b> <b>MANAGEMENT IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 1 di 3

Scopo di un protocollo di gestione dell'anemia in fase preoperatoria è limitare l'uso di sangue allogeneo 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:

<b>Età o sesso</b>	<b>Limiti inferiori Hb (gr/dL)</b>
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

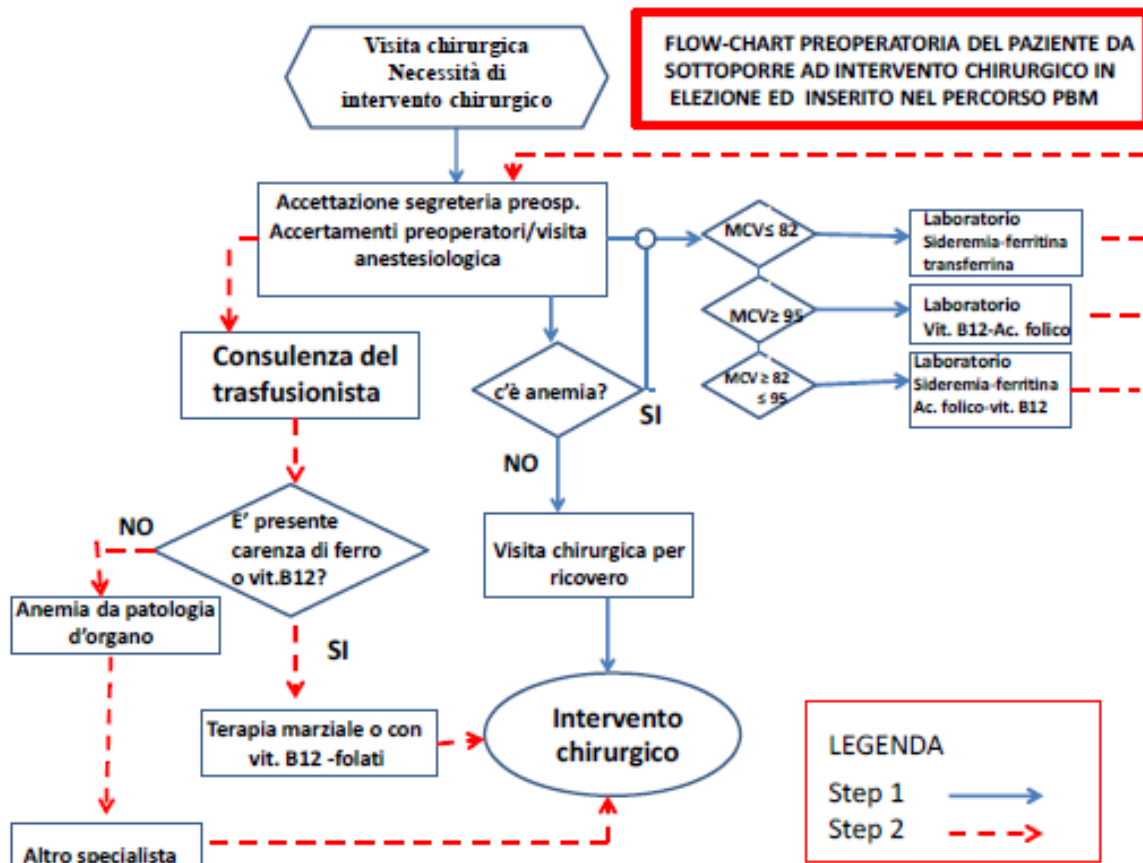
Dopo diagnosi etiologica dell'anemia sideropenica, (ma anche da deficit di folati e vitamina B12) ed in assenza di controindicazioni alla terapia marziale o a base di vitamina B12 per infusione, il Medico Trasfusionista coinvolto in consulenza dall'Anestesista di PO, organizza un accesso ambulatoriale 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.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE	ALLEGATO C PN/110/00/2022
	<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA          RICHIESTA DI CONSULENZA DI MEDICINA          TRASFUSIONALE E PATIENT BLOOD          MANAGEMENT IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b>	Pag. 2 di 3



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 Trasmfusionista coinvolto in consulenza dall'Anestesista di PO, organizza un accesso ambulatoriale presso il Centro Trasmfusionale in tempi brevi ed efficaci per il recupero dell'emoglobina preoperatoria. A distanza di due settimane dalla terapia impostata il Medico Trasmfusionista verifica la concentrazione dell'emoglobina prima di procedere ad un'eventuale seconda infusione laddove la determinazione del fabbisogno lo richiede.

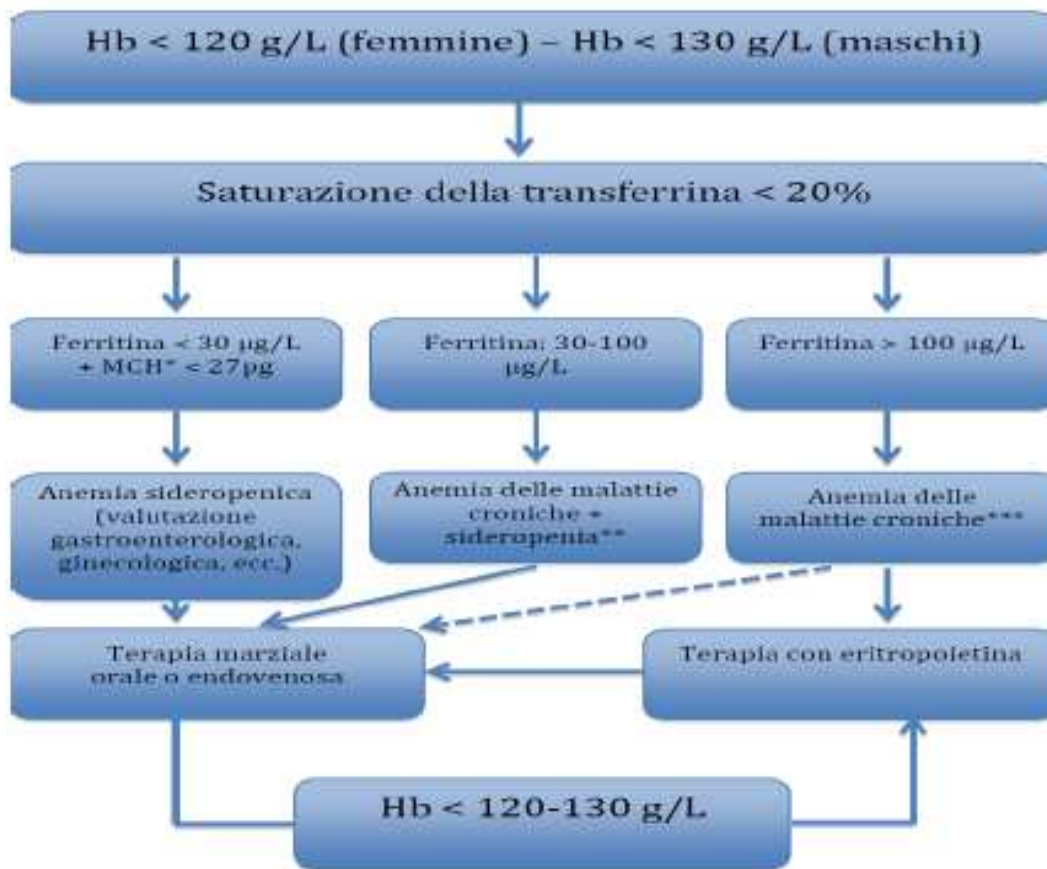
### Gestione Post-Operatoria

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.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</p>	<p>ALLEGATO C PN/110/00/2022</p>
	<p><b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DI MEDICINA TRASFUSIONALE E PATIENT BLOOD MANAGEMENT IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE</b></p>	<p>Pag. 3 di 3</p>

### 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



	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PIANO DI ATTUAZIONE PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE</p>	<p>ALLEGATO D</p> <p>PN/110/00/2022</p>
	<p><b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA RICHIESTA DI RX TORACE IN PRE- OSPEDALIZZAZIONE</b></p>	<p>Pag. 1 di 1</p>

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 pazienti che hanno meno di 45 anni che non rientrano nelle categorie sopra citate.