



**ASL Mediocampidano**  
Azienda socio-sanitaria locale

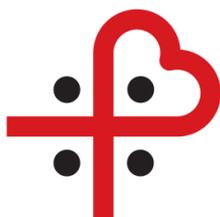
**PV221**

Procedura per la gestione della pre-ospedalizzazione dei pazienti in lista per l'effettuazione di procedure chirurgiche

PV221

Rev. 0/2022

Pagina 1 di 16



**ASL Mediocampidano**  
Azienda socio-sanitaria locale

**Procedura PV221**

**Procedura di Preospedalizzazione**

Redazione Derrick Mc Gilliard, Maria Giovanna Vacca, Adelina Onnis;  
Direzione Ospedale Nostra Signora di Bonaria

Verifica e Approvazione

Sergio Pili, Direttore Sanitario

Emissione e Revisione

Prima emissione Revisione 0

Adozione

Delibera del Direttore Generale xxx

Distribuzione

Originale

Controllata

Non controllata

**ASL MEDIO CAMPIDANO**

Sede Legale Via Ungaretti n. 9 CAP: 09025 Sanluri C.F e P.IVA: 03990320925

sito internet: <https://www.aslmediocampidano.it> e-mail: direzione.generale@aslmediocampidano.it

PEC: protocollo@pec.aslmediocampidano.it



## Indice

1. Premessa	pag. 2
2. Tipologie di ricovero	pag. 2
3. Il percorso chirurgico	pag. 3
4. Fasi pre-operatorie del percorso chirurgico	pag. 7
5. La pre-ospedalizzazione	pag. 8
5.1. Visita chirurgica e attivazione del pre-ricovero	pag. 10
5.2. Accesso per la valutazione dell'idoneità all'intervento	pag. 10
6. Il rischio di sanguinamento e il Patient Blood Management (PBM)	pag. 11
7. Lista degli interventi e degli esami preparatori	pag. 13
8. Tempi di validità degli esami	pag. 16

## 1. Premessa

I reparti chirurgici occupano una posizione cruciale all'interno di un ospedale e sono al centro, in tutta la nazione, di importanti iniziative di ottimizzazione e razionalizzazione volte a tenere sotto controllo i volumi dei costi che l'attività chirurgica genera nel budget di un ospedale per effetto delle numerose e costose risorse impiegate (costi diretti) e per il forte impatto che la gestione delle sale ha sulle attività (e sui costi) degli altri servizi (costi indiretti).

Le attività direttamente collegate alle sale operatorie generano il 9-10% dei costi di un ospedale e le statistiche correnti rivelano che gli interventi chirurgici possono essere responsabili fino al 52% di tutti i ricoveri ospedalieri. La gestione delle sale operatorie influenza i costi, il flusso di pazienti e le risorse utilizzate in tutto l'ospedale. Gli ospedali effettuano interventi d'emergenza, urgenti e programmati. L'organizzazione degli interventi chirurgici è fortemente correlata alla gestione del paziente nelle fasi pre e post-operatoria.

Prima dell'intervento l'ospedale prepara i pazienti sottoponendoli a indagini e valutazioni propedeutiche alla prestazione chirurgica e complessivamente definite: attività di pre-ospedalizzazione o semplicemente pre-ospedalizzazione.

La pre-ospedalizzazione è finalizzata alla valutazione di idoneità all'intervento formulata dall'anestesista. Una buona organizzazione in questa fase permette di pianificare i ricoveri conoscendo già le esigenze assistenziali del singolo paziente, che verrà inserito in lista solo se esistono le condizioni per eseguire il suo intervento.

## 2. Tipologie di ricovero

Il ricovero può essere:

- ➔ Programmato o in elezione, quando viene disposto dal medico specialista successivamente a visita in cui ha rilevato la necessità di attuare un piano diagnostico terapeutico in regime di degenza.
- ➔ Urgente, se il paziente giunge attraverso il pronto soccorso; in questo caso il ricovero viene deciso dal medico del dipartimento di emergenza e accettazione.



Il ricovero in elezione è generalmente preceduto da una pre-ospedalizzazione che consiste di una serie di visite e accertamenti tesi a valutare l'idoneità del paziente all'intervento e che precedono l'intervento programmato.

Il ricovero in elezione può avere diversi setting assistenziali in ragione della durata. Sono possibili ricoveri:

- ➔ Ordinari lunghi, superiori ai 5 giorni, quando l'intervento è complesso e il paziente è portatore di comorbidità e/o in età avanzata.
- ➔ Ordinari brevi (Week Surgery) con una degenza di durata inferiore ai 4-5 giorni
- ➔ A ciclo diurno (Day surgery) con piano terapeutico chirurgico che si attua nell'arco di una sola giornata (con eventuale pernottamento)
- ➔ In regime ambulatoriale (Day service) quando la patologia da trattare è molto semplice (Cataratta, Tunnel carpale).

### **3. Il percorso chirurgico**

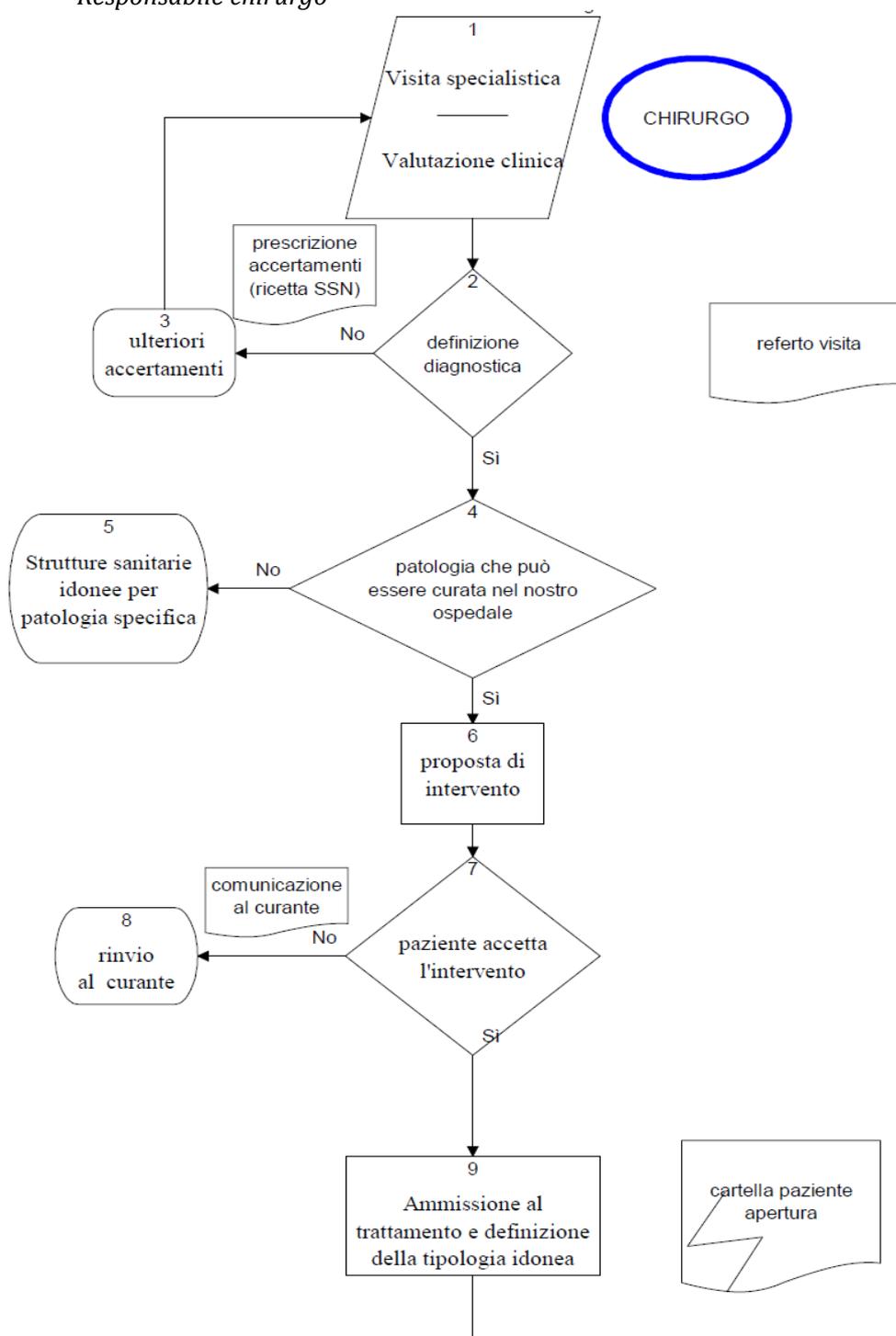
Il processo chirurgico è composto di 4 fasi

1. Definizione diagnostica e terapeutica
2. Accertamento di idoneità all'intervento
3. Ricovero e intervento
4. Post-operatorio e dimissione

Le fasi sono esemplificate nei diagrammi di flusso rappresentati di seguito (figure 1, 2, e 3)

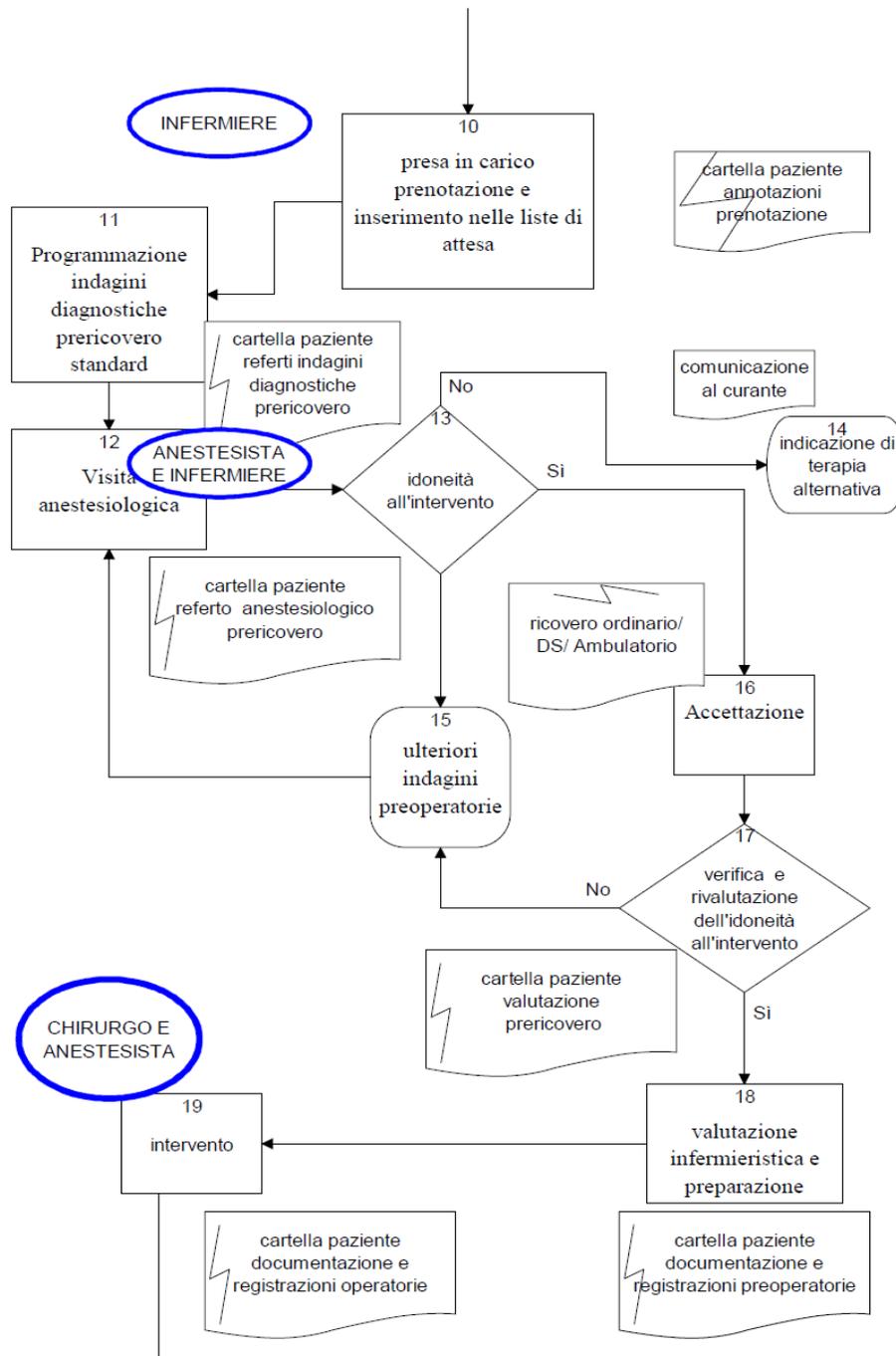


figura 1 *Visita, definizione della terapia, consenso del paziente, apertura della cartella e proposta di ricovero. Responsabile chirurgo*



**F  
A  
S  
E  
1**

figura 2 Prenotazione, valutazione di idoneità alla procedura e inserimento in lista operandi.  
Responsabili Infermiere pre-ospedalizzazione e Anestesista



**F  
A  
S  
E  
2  
  
F  
A  
S  
E  
3**

*Definizione data, chiamata e preparazione, esecuzione della procedura chirurgica*  
Responsabile chirurgo

**ASL MEDIO CAMPIDANO**

Sede Legale Via Ungaretti n. 9 CAP: 09025 Sanluri C.F e P.IVA: 03990320925

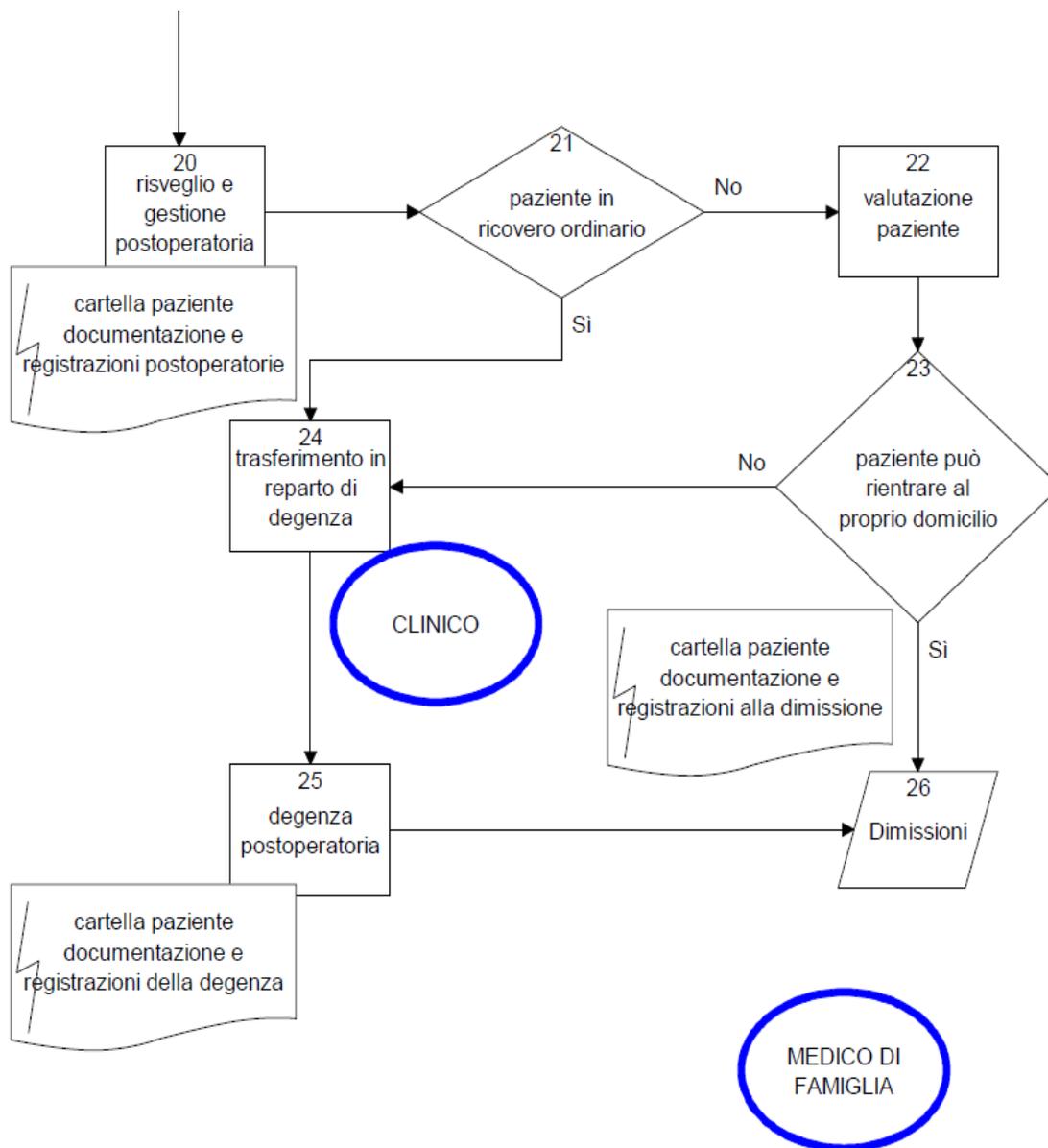
sito internet: <https://www.aslmediocampidano.it> e-mail: direzione.generale@aslmediocampidano.it

PEC: protocollo@pec.aslmediocampidano.it



figura 3 *Gestione post-operatoria e dimissione* *Responsabile chirurgo*

**F**  
**A**  
**S**  
**E**  
**4**





#### 4. Le fasi pre-operatorie del percorso chirurgico

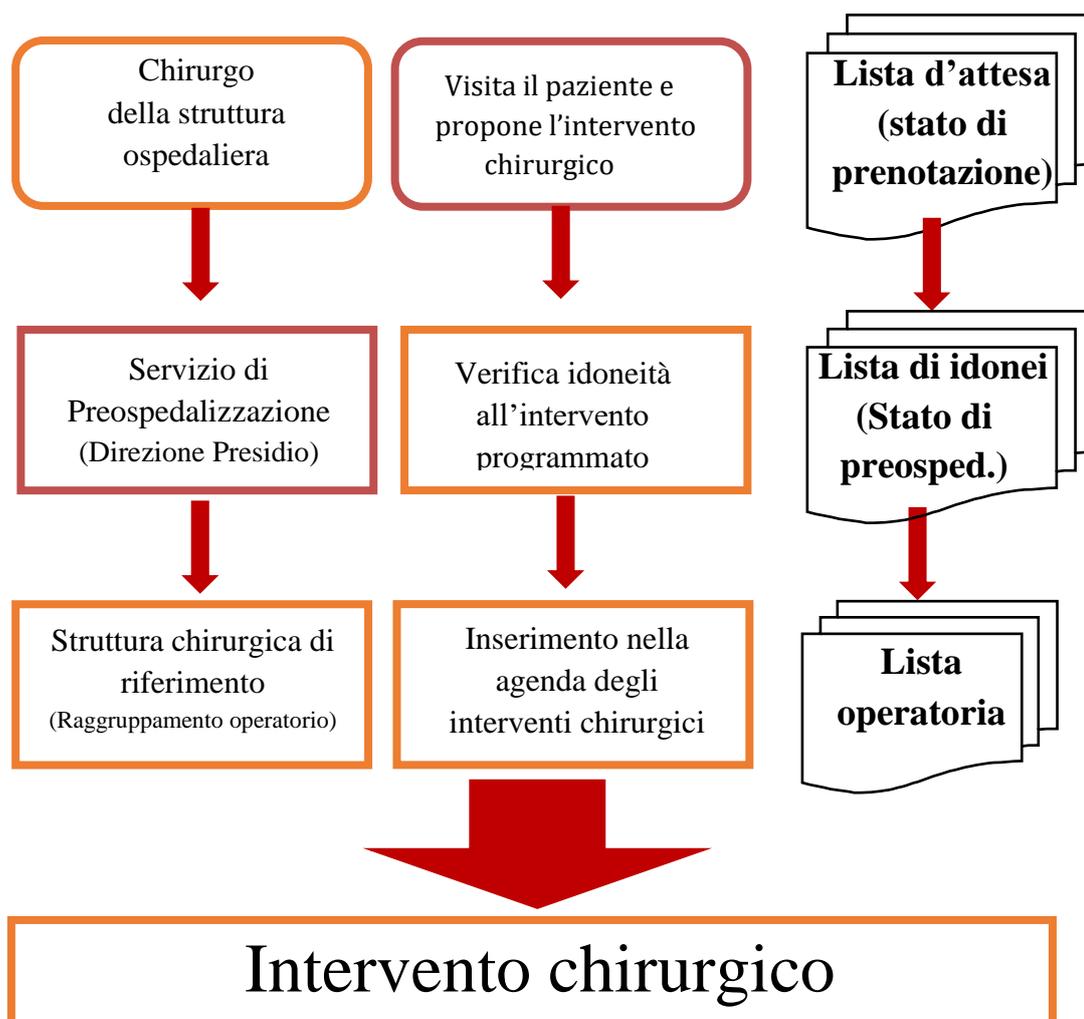
La macrofase pre-operatoria del paziente si compone di tre fasi distinte:

1 fase della diagnosi e della proposta chirurgica

2 fase della valutazione di idoneità alla procedura proposta dal chirurgo

3 fase della preparazione all'intervento

Figura 5: flow chart del percorso pre-operatorio





## 5. La pre-ospedalizzazione e l'idoneità all'intervento.

Il pre-ricovero è un accesso in ospedale che precede il ricovero chirurgico durante il quale viene eseguito un pacchetto di prestazioni ambulatoriali che accertano l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico previsto. Il pre-ricovero è parte integrante del ricovero (anche ai fini del riconoscimento economico delle prestazioni erogate) ed è attivato dall'apposito servizio al termine del percorso diagnostico e di stadiazione della patologia.

Il chirurgo che ha preso in carico il paziente da operare, terminata l'istruttoria diagnostica, prenota il paziente sul sistema e trasmette la cartella del paziente al servizio di Pre-ospedalizzazione che ne verifica l'idoneità dell'inserimento in lista d'attesa.

I pazienti in lista d'attesa sono chiamati dal Servizio di Pre-ospedalizzazione sulla base della data di prenotazione e la classe di priorità allo scopo di garantire le prestazioni entro i tempi stabiliti dal PNGLA:

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

Nell'accesso di pre-ricovero il paziente è sottoposto ad accertamenti di routine (Allegato 1) e ad accertamenti ulteriori ritenuti necessari dall'anestesista che certifica l'idoneità all'intervento. Le azioni eseguite nell'accesso di pre-ricovero sono evidenziate nel diagramma di flusso esteso (figura n.2) che contiene la definizione delle azioni, l'indicazione delle registrazioni e della documentazione associata e l'individuazione del responsabile che compie materialmente l'attività e ne è responsabile.

I risultati degli esami effettuati durante il pre-ricovero possono essere consegnati solo richiedendo copia della cartella clinica.

La certificazione di idoneità all'intervento ha durata di 90 giorni, entro i quali dovrà essere eseguita la procedura, e oltre i quali decade l'affidabilità degli esami eseguiti.

Nel caso in cui un paziente idoneo non risulti operato entro i 90 gg, il chirurgo che ha in carico il paziente dovrà produrre una dettagliata relazione a giustificazione del mancato intervento.

Gli interventi realizzabili in day service dovranno essere eseguiti in regime ambulatoriale e seguire analoga procedura di prericovero. Nel caso di interventi in day service che non prevedono anestesia o la prevedono solo locale (interventi di chirurgia di superficie, di impegno minore, limitata a cute e mucose come plastica ernia inguinale, tunnel carpale, cataratta e con l'infiltrazione diretta di anestetico locale nella regione corporea interessata per bloccare i nervi che trasmettono il dolore e in assenza di sedazione) l'idoneità potrà essere formulata direttamente dal chirurgo.

La conoscenza del numero di pazienti in attesa di un ricovero programmato è il driver dell'intero processo operatorio, pertanto è importante regolare le modalità di inserimento del paziente in lista definendo di inserirvi solamente quei pazienti effettivamente pronti per la chirurgia.



### **5.1. Visita chirurgica e attivazione del pre-ricovero**

Il momento della presa in carico da parte dello specialista non coincide con il momento di inserimento in Lista, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento e il livello di gravità clinica del paziente. Potrebbero inoltre essere necessari trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti e attese di tempi prestabiliti di osservazione o valutazione pre-intervento.

La data di inserimento in lista d'attesa da parte del chirurgo deve corrispondere al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di effettuare l'intervento avendo già eseguito gli approfondimenti diagnostici necessari e gli eventuali trattamenti coadiuvanti. Nella fase propedeutica all'inserimento in lista d'attesa, il chirurgo insieme a tutte le notizie cliniche raccoglierà, dandone documentazione nella cartella del paziente, la piena e consapevole disponibilità e volontà del paziente di essere sottoposto all'intervento chirurgico che gli viene indicato ed esplicito. Lo specialista è inoltre responsabile dell'appropriatezza del trattamento proposto e dell'attribuzione della classe di priorità.

### **5.2. Accesso per la valutazione dell'idoneità all'intervento**

Nell'accesso di pre-ospedalizzazione non sono effettuate indagini e/o consulenze di inquadramento diagnostico o stadi azione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento in lista d'attesa.

Il servizio di pre-ospedalizzazione provvederà alla chiamata del paziente in presenza di due requisiti:

1. presenza in lista
2. disponibilità della cartella clinica del paziente

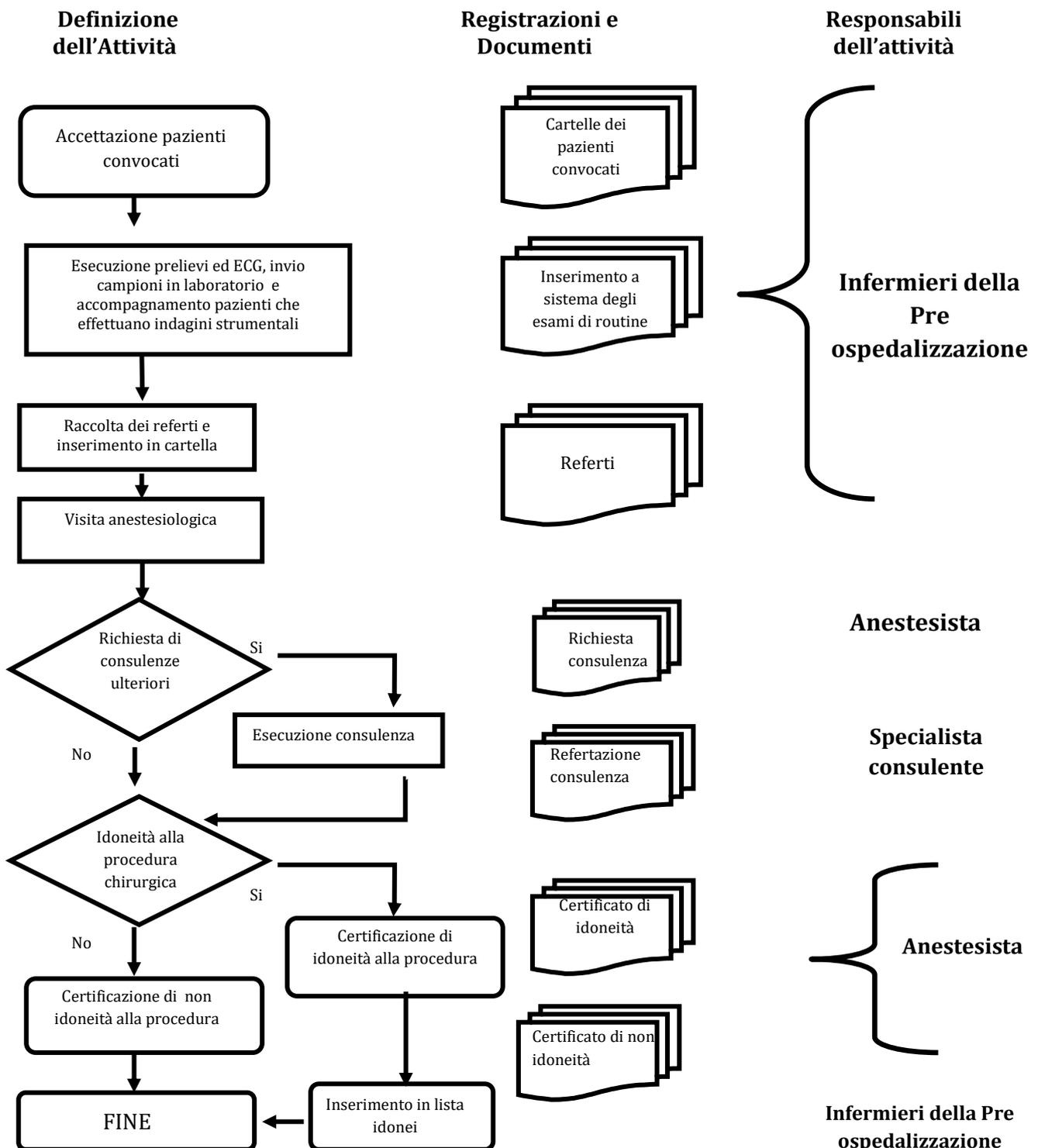
L'assenza di uno dei criteri impedisce la chiamata. In presenza di paziente in lista d'attesa privo di cartella il Servizio richiederà al chirurgo la cartella. La mancata consegna della cartella da parte del chirurgo comporterà insieme alla mancata convocazione, la cancellazione dalla lista.

Tutte le attività che si svolgono nell'accesso di pre-ospedalizzazione sono sottoposte alla responsabilità dell'infermiere della pre-ospedalizzazione, per gli aspetti logistico-assistenziali, e dell'anestesista per gli aspetti clinici. Le attività devono svolgersi nell'ambito della stessa giornata e nel tempo più breve possibile, il pre-ricovero si conclude di norma entro le ore 14:00. I servizi tributari di consulenza all'anestesista per la verifica di idoneità ne assicurano l'effettuazione in tempo reale salvo che non comportino indagini strumentali complesse, che devono comunque essere eseguite entro sette giorni dalla richiesta.

La figura 6 descrive le attività indicandone contenuto, modalità e responsabilità.

**Figura 6**

**Diagramma di flusso esteso delle attività che si svolgono nella giornata di pre-ospedalizzazione**





## **6. Rischio di sanguinamento e Patient Blood Management (PBM)**

Durante il percorso chirurgico, nelle fasi che precedono l'intervento, devono essere messe in atto iniziative e azioni volte a ridurre il ricorso alla trasfusione, con particolare attenzione al rischio di sanguinamento del paziente e a tutti i fattori che potrebbero comportare la sua anemizzazione durante e dopo l'intervento.

Quando esiste un elevato rischio di sanguinamento, in considerazione delle condizioni del paziente e/o dell'intervento programmato, il chirurgo lo indica in cartella.

L'anestesista che valuta l'idoneità all'intervento, verifica gli esiti degli esami ematici, e qualora rilevi un'anemia clinica richiede una consulenza al Servizio di Medicina trasfusionale.

I valori di riferimento per i quali richiedere la consulenza sono i seguenti:

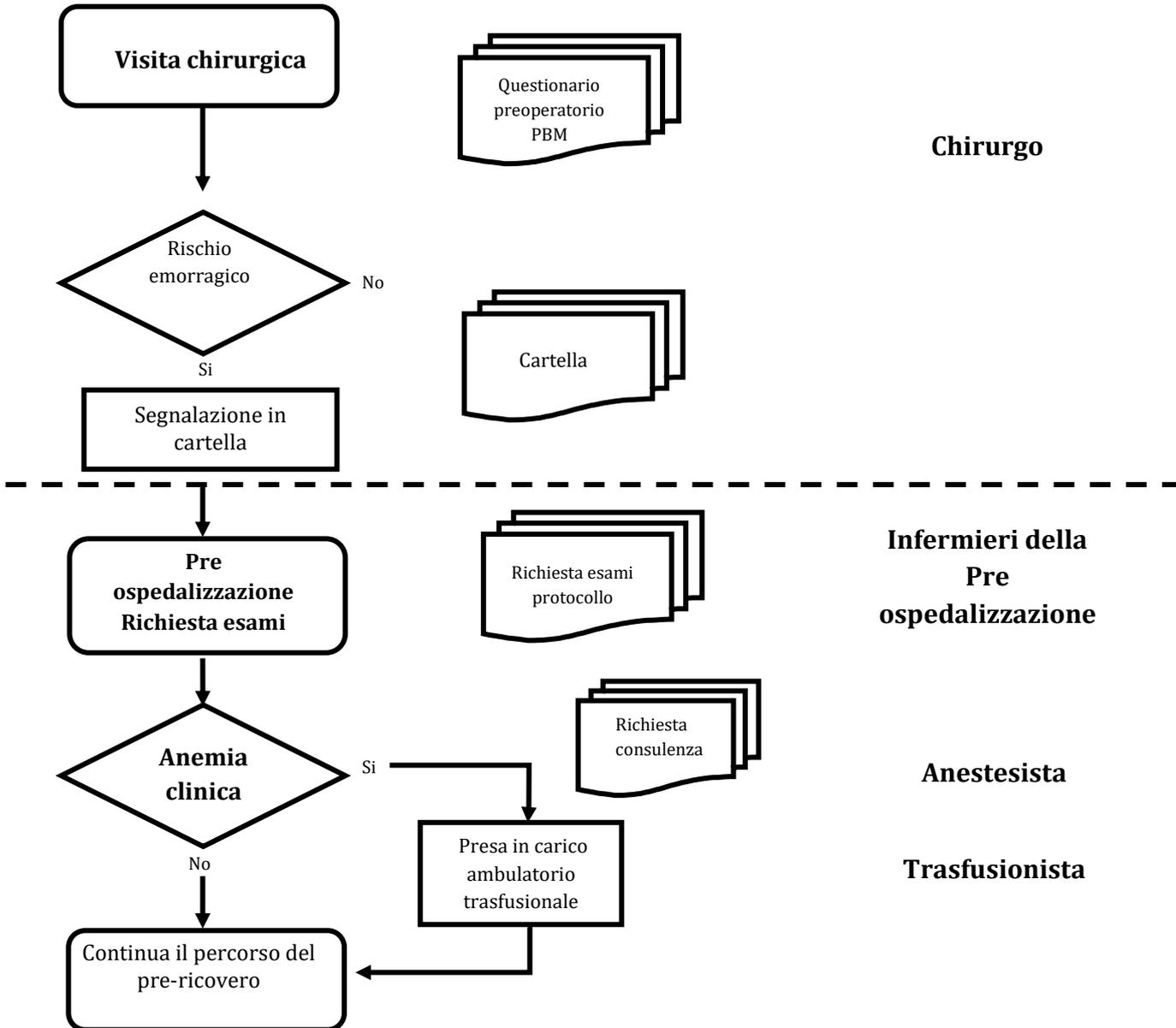
- Emoglobina <12 g/dl per le donne e <13 g/dl per gli uomini
- Ferritina <10 ng/ml
- Sat. transferrina < 15%

Il Servizio di Medicina trasfusionale valutato il caso prende in carico il paziente per correggere i fattori di rischio (Patient Blood Management) e ottimizzare l'eritropoiesi, contestualmente avverte il chirurgo interessato delle tempistiche previste per concludere il trattamento, il tempo massimo stimato per è di 3-4 settimane, una volta ripristinati i valori ematici corretti l'anestesista potrà rivalutare l'idoneità all'intervento.

Le azioni eseguite per il PBM sono evidenziate nel diagramma di flusso esteso (figura n.3) che contiene la definizione delle azioni, l'indicazione delle registrazioni e della documentazione associata e l'individuazione del responsabile che compie materialmente l'attività e ne è responsabile.



**Flow-chart pre-operatoria PBM - (Fig. 3)**





## 7. Lista degli interventi e degli esami preparatori

### Valutazione preoperatoria dei pazienti candidati a chirurgia elettiva non cardiaca

#### INTERVENTI IN REGIME DI DAY SERVICE (categoria 0):

Procedure minimamente invasive, senza perdite ematiche, con rischio operatorio minimo, eseguite in anestesia locale dallo stesso chirurgo. La valutazione preoperatoria è di pertinenza dell'operatore. Il ruolo dell'anestesista è limitato all'assistenza e monitoraggio intraoperatorio.

Per esempio:

INTERVENTI IN REGIME DI DAY SERVICE	ESAMI CONSIGLIATI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrome del Tunnel carpale in AL</li> <li>• Cataratta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li> <li>• ECG;</li> <li>• Emocromo con formula;</li> <li>• PT, PTT: Pazienti in trattamento con anticoagulanti</li> </ul>

**N.B.** NEGLI INTERVENTI DI CATEGORIA 0 LA VALUTAZIONE PREOPERATORIA E' DI PERTINENZA DELL'OPERATORE. IL RUOLO DELL'ANESTESISTA E' LIMITATO ALL' ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA E AL MONITORAGGIO INTRAOPERATORIO

#### INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO MINIMO (categoria 1) :

Procedure minimamente invasive, senza perdite ematiche, con rischio operatorio nullo (in anestesia locale).

Per esempio:

INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO MINIMO	ESAMI RICHIESTI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asportazione di tumori cutanei superficiali</li> <li>• Fimosi nell'adulto in anestesia topica</li> <li>• Frenulo corto in anestesia topica</li> <li>• Sinuspilonidialis semplice in AL</li> <li>• Isteroscopie ASA 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li> <li>• ECG;</li> <li>• Emocromo con formula;</li> <li>• PT, PTT: Pazienti in trattamento con anticoagulanti</li> </ul> <p>VISITA ANESTESIOLOGICA IN PREOSPEDALIZZAZIONE</p>



**INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO BASSO (categoria 2):**

Procedure da minimamente a moderatamente invasive con perdite ematiche < 500 ml con rischio chirurgico minimo o moderato indipendentemente dall'anestesia.

<b>INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO BASSO</b>	<b>ESAMI RICHIESTI</b>
<p>1) <b>Chirurgia ginecologica minore in Day Surgery</b> a. isteroscopia</p> <p>2) <b>Chirurgia ortopedica minore in day surgery</b> a. Dito a scatto</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li><li>• ECG</li><li>• Emocromo + formula, Glicemia, , CPK, Creatininemia, PT, PTT, fibrinogeno, AST/ALT.</li></ul> <p>VISITA ANESTESIOLOGICA IN PREOSPEDALIZZAZIONE</p>
<p>3) <b>Chirurgia ortopedica minore</b> a. Alluce valgo b. Cisti tendinee c. S. di Dupuytren d. Artroscopia ginocchio e. Artroscopia diagnostica di spalla f. Neuroma di Morton g. Rimozione piccoli mezzi di sintesi h. Rizoartrosi i. Mobilizzazione di articolazioni in narcosi</p> <p>4) <b>Chirurgia generale</b> a. Ernie della parete addominale b. Varici arti inferiori c. ELVT d. Varicocele e. Idrocele f. Interventi Proctologici g. Sinus pilonidalis complicato h. Fimosi</p> <p>5) <b>Accessi vascolari</b> a. Confezionamento e revisione di fistole artero-venose b. Posizionamento e rimozione TESIO c. Catetere peritoneale</p> <p>6) <b>Chirurgia Urologica</b> d. Biopsia prostatica e. Posizionamento e rimozione di doppio J f. ULT g. T.O.T.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li><li>• ECG</li><li>• Emocromo + formula, Glicemia, , CPK, Creatininemia, Proteine totali, PT, PTT, ALT, AST, Na, K,Ca,.</li></ul> <p>VISITA ANESTESIOLOGICA IN PREOSPEDALIZZAZIONE</p>



**INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO MODERATO (Categoria 3):**

Procedure da moderatamente a significativamente invasive con rischio chirurgico moderato e perdite ematiche potenziali tra i 500 e i 1000 ml, indipendentemente dal rischio anestesiológico.

INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO MODERATO	ESAMI RICHIESTI
<p><b>1) Chirurgia urologia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. TURV</li><li>b. TURP</li></ul> <p><b>2) Chirurgia ortopedica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Legamento crociato</li><li>b. Spalla "open"</li><li>c. Artroscopia di spalla operativa *</li><li>d. Rimozione MdSenomidollari</li></ul> <p><b>4) Chirurgia generale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Laparoscopia operativa minore compresa plastica erniaria</li><li>b. Colectomia</li><li>d. Grossi laparoceli</li><li>e. Tiroidectomia</li></ul> <p><b>5) Chirurgia ginecologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Laparoscopia operativa</li><li>b. Isterectomia addominale/vaginale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li><li>• ECG</li><li>• Emocromo + formula, Glicemia, ALT, AST, CHE, CPK, Azotemia, Creatininemia, Proteine totali, PT, PTT, Fibrinogeno, Na, K,Ca, Sideremia, Transferrina, Ferritina,B12, Folati,PCR, Sat. Trsferrina, Reticolociti Emogruppo</li></ul> <p>VISITA ANESTESIOLOGICA IN PREOSPEDALIZZAZIONE</p>



**INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO ELEVATO (Categoria 4):**

Procedure altamente invasive ,con perdite ematiche potenzialmente superiori a 1000-1500 ml, ad elevato rischio operatorio indipendentemente dal rischio anestesio logico con possibilità di ricovero in ICU.

INTERVENTI A RISCHIO ANESTESIOLOGICO ELEVATO	ESAMI RICHIESTI
<p><b>1) Chirurgia ortopedica maggiore</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Protesi totale di anca</li><li>b. Protesi totale di ginocchio</li><li>c. Protesi di ginocchio monocompartimentale</li><li>d. Revisione di protesi</li></ul> <p><b>2) Chirurgia urologia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>e. Prostatectomia radicale</li><li>f. Cistectomia</li><li>g. Nefrectomia</li></ul> <p><b>3) Chirurgia ginecologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Laparo-isterectomia con annessiectomia bilaterale</li></ul> <p><b>4) Chirurgia laparoscopica maggiore*</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Questionario Anamnestico Compilato e Firmato dal Pz e dal Medico.</b></li><li>• ECG</li><li>• Emocromo + formula, Glicemia, ALT, AST, CHE, CPK, Azotemia, Creatininemia, Proteine totali, PT, PTT, Fibrinogeno, Na, K, Ca. Sideremia, Transferrina, Ferritina, B12, Folati, PCR, Sat. Trasferrina, Reticolociti, Emogruppo. Es Urine</li><li>• Spirometria*</li><li>• Recupero del sangue perioperatorio</li></ul> <p>VISITA ANESTESIOLOGICA IN PREOSPEDALIZZAZIONE</p>

**Raccomandazioni generali**

Il precedente elenco deve considerarsi esemplificativo e non esaustivo di possibili interventi eseguibili nelle varie categorie e nelle diverse specialità chirurgiche.

Dovrà essere richiesto ai pazienti di presentare, all'atto della consulenza anestesio logica, la documentazione relativa a consulenze specialistiche eseguite nell'ultimo anno ( Visite Cardiologiche, Ecocardiogrammi, Prove da Sforzo, Visite Pneumologiche, Spirometrie, Visite Neurologiche, Rx Colonna etc....).

**8. Tempo di validità degli esami**

(In funzione dell'età ed in assenza di episodi acuti intercorrenti)

Esami ematochimici	3 mesi
Rx Torace	6 mesi
ECG e Consulenza Cardiologica	3 mesi
Spirometria	6 mesi
Altre consulenze specialistiche	6 mesi