Proposta della Direzione Generale n.627 del 28.12.2016

Deliberazione del Commissario Straordinario

n. 536 ***del*** 29 DIC. 2016

Oggetto: Modifica procedura ASL4 PO POS 01 "Gestione agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" e adozione nuova versione.

PREMESSO che

- con la procedura ASL4 PO POS 01 "Gestione agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" Rev.01 del 05.05.2007 è stato definito il percorso del paziente candidato ad intervento chirurgico programmato nonché i protocolli per gli accertamenti pre ricovero (punto 8.03);
- con deliberazione del Direttore Generale n.34 del 31.01.2013 è stato adottato il Manuale aziendale delle procedure per la sicurezza del paziente in sala operatoria, quale strumento per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza prestata ai pazienti e di informazione e formazione degli operatori, nel quale si fa riferimento alla procedura di cui in oggetto;

CONSIDERATO che, nell'ambito del progetto aziendale "Fare di più non significa fare meglio" è stata condotta una revisione dei protocolli per la diagnostica prericovero alla luce delle evidenze e delle linee guida attualmente disponibili;

VISTO il documento "Diagnostica di Prericovero" predisposto da un apposito gruppo di lavoro e approvato dai direttori delle UUOO di Anestesia e rianimazione, Chirurgia generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Cardiologia e UTIC, Radiologia, nonché dalla direzione del Presidio Ospedaliero "Nostra Signora della Mercede;

RITENUTO necessario procedere alla adozione formale del documento "Diagnostica di Prericovero" quale allegato alla Procedura ASL4 PO POS 01 "Gestione agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" in sostituzione dell'allegato 8.03 "protocolli accertamenti pre ricovero per intervento chirurgico" e, conseguentemente, procedere alla revisione della procedura stessa da distribuirsi nella nuova versione, Rev.02 del 28.12.2016;

ATTESTATO che il presente atto è conforme alle previsioni contenute nel piano di rientro, di cui alla delibera del Commissario Straordinario n.62 del 19/02/2016;

VISTO l'art. 9 della legge Regionale del 17 novembre 2014, n. 23, avente ad oggetto "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del

2006 e n. 21 del 2012" che prevede l'adeguamento organizzativo ed il commissariamento delle aziende sanitarie;

VISTO l'art. 16, comma 4, della legge Regionale del 27 luglio 2016, n. 17 "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale) che ha disposto la proroga del commissariamento delle Aziende sanitarie fino al 31.12.2016;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 49/8 del 13/09/2016, con la quale alla dott.ssa Grazia Cattina è stato prorogato l'incarico di Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria di Lanusei fino al 31 dicembre 2016;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 351 del 14/09/2016 con la quale al dott. Giovanni Deiana è stato prorogato l'incarico di Direttore Amministrativo f.f. fino al 31 dicembre 2016;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 352 del 16/09/2016 con la quale al dott. Bruno Pilia è stato prorogato l'incarico di Direttore Sanitario f.f. fino al 31 dicembre 2016;

VISTO l'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 552, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" che disciplina l'organizzazione delle Unità sanitarie locali;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, resi ai sensi dell'art. 32, comma 8, dell'Atto Aziendale;

SENTITI in comune il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 32, comma 8, dell'Atto Aziendale;

DELIBERA

per i motivi espressi in premessa:

- di adottare il documento "Diagnostica di Prericovero", allegato alla presente per farne parte integrante e sostanziale, quale allegato alla Procedura ASL4 PO POS 01 "Gestione agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" in sostituzione dell'allegato di cui al punto 8.03 "protocolli accertamenti pre ricovero per intervento chirurgico";
- di procedere alla revisione della procedura ASL4 PO POS 01 "Gestione agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" da distribuire nella nuova versione, indicata come "revisione 02 del 28.12.2016";
- di incaricare la direzione di Presidio Ospedaliero e le direzioni delle UUOO di Anestesia e

rianimazione, Chirurgia generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Cardiologia e UTIC, Radiologia, nonché il CUP degli adempimenti conseguenti.

Il Direttore Amministrativo F.F.
Dr. Giovanni Deiana

Il Direttore Sanitario F.F.
d.m. Bruno Pilia

Il Commissario Straordinario
dott. Grazia Cattina

Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

29 DIC. 2016

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 4 LANUSEI

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali

[V]	Esecutiva in quanto atto non soggetto a controllo preventivo (art. 29, 2° comma L.R. 10/2006).
[ ]	Esecutiva in data _____ in quanto al controllo regionale non sono stati riscontrati vizi (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006).
[ ]	Annullata in sede di controllo regionale con decisione n°_____ del _____ (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006).

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 4 LANUSEI

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali

Protocollo n° PG/2016/ 28636 Lanusei, lì 29 DIC. 2016

DESTINATARI:

- Commissario Straordinario
- Collegio Sindacale
- Servizio AA.GG e Legali
- Servizio Bilancio
- Servizio Personale
- Direttore Presidio Ospedaliero
- Direttore DSMD
- Direttore del Distretto Socio-Sanitario
- CUP-Ticket Aziendale

Diagnostica di Prericovero

Sommario

Premessa 2

Protocolli 2

Analisi delle Evidenze 4

Classificazione grado chirurgico 8

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da
0.1	30.05.2016	Adeguamento nuove Linee Guida	GDL	Direttori UUOO PO, DSPO	DSPO	DG
Trasmesso il		Codificato il		Distribuito il		
Destinatari						
UUOO Chirurgiche, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Radiologia, Ambulatori di Prericovero.						

Premessa

A seguito dell'analisi delle evidenze e delle linee guida disponibili (Allegato 2) si è concordato di definire i protocolli diagnostici di prericovero per la chirurgia programmata tenendo conto della classe di rischio ASA e del grado chirurgico secondo la definizione NHS. Sono state dettagliate le principali procedure attribuibili ai tre gradi chirurgici ed effettuabili nel PO di Lanusei. (Allegato 2). È stata inoltre concordata la validità temporale degli accertamenti.

Protocolli

PROTOCOLLO I
Grado chirurgico I-II **Classe di rischio ASA I**
1. Valutazione anestesiologica (può essere omessa per procedure di Grado I quando l'intervento può essere eseguito esclusivamente in anestesia locale senza alcuna sedazione) 2. Emocromo 3. ECG
PROTOCOLLO II
Grado chirurgico I-II **Classe di rischio ASA II**
1. Valutazione anestesiologica: (può essere omessa per procedure di Grado I quando l'intervento può essere eseguito in anestesia locale senza alcuna sedazione) 2. ECG 3. Valutazione cardiologica: se • età ≥65 anni; • patologia cardiovascolare stabile o instabile (scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, aritmie, valvulopatia) capacità funzionale ridotta (MET < 4); • stent coronarico metallico da meno di 3 mesi o stent medicato da meno di 12 mesi (gestione antiaggreganti); • portatore di PM o ICD; • diabete; • ictus o TIA; • insufficienza renale; • obesità (BMI>30); • fumo (1 pacchetto/die). **Validità: della consulenza 3 mesi in assenza di instabilità nel periodo intercorso fra la valutazione e l'intervento. Nei portatori di PM o ICD valutazione solo se a ridosso del successivo controllo programmato(di norma ogni 2mesi) in assenza di instabilità nel periodo intercorso fra la**

valutazione e l'intervento.

4. Emocromo
5. Assetto coagulativo (PT, PTT, Fibrinogeno) se in trattamento con anticoagulanti o anamnesi positiva per diatesi emorragica o per epatopatia
6. Glicemia nei pazienti diabetici o in terapia cortisonica
7. Azotemia + creatininemia + elettroliti se
- età >50 anni,
- nefropatie O trattamento con farmaci nefrotossici
- cardiopatie,
- epatopatie,

8. Profilo epatico se anamnesi positiva per epatopatia o chirurgia della colecisti, fegato e vie biliari
9. Rx torace se
- età >65 anni;
- patologia polmonare, cardiopatie;
- obesità (BMI >30);
- fumo (1 pacchetto/die o ex fumatori che abbiano smesso < 20 anni);
- chirurgia prolungata (oltre le 3 ore);
- chirurgia testa collo e addome superiore;
- anamnesi positiva per tumori.

Non indicato in pazienti < 45 nella colecistectomia.
Validità 6 mesi in condizioni di stabilità clinica

PROTOCOLLO III

Grado chirurgico III	**Classe di rischio ASA qualunque**
Grado chirurgico II	**Classe di rischio ASA III-IV**

1. Valutazione anestesiologica
2. Valutazione cardiologica ed ECG
3. Ecocardiogramma: raccomandato se anamnesi per insufficienza cardiaca nota o sospetta, consigliato nei pazienti asintomatici
4. Valutazione pneumologica se è presente patologia polmonare per grado chirurgico III-IV
5. Emocromo
6. Assetto coagulativo (PT, PTT, Fibrinogeno)
7. Glicemia
8. Azotemia + creatininemia + elettroliti (sodio, potassio, calcio, fosforo, magnesio)
9. Funzionalità epatica (GOT, GPT, γGT, colinesterasi, albumina)
10. Rx torace

ULTERIORI ACCERTAMENTI
1. G6PDH se non nota, 2. profilo tiroideo (TSH) per la chirurgia della tiroide o in presenza di anamnesi positiva per tireopatie se non esami recenti(3 mesi) 3. consulenza ORL per chirurgia tiroidea 4. esame urine se procedure urologiche invasive, impianto di devices (protesi articolari) 5. consulenza diabetologia per adeguamento terapia ipoglicemizzanti orali

VALIDITÀ

Tutti gli accertamenti, consulenze compresa la valutazione anestesiologica, sono da ritenersi validi per 30 giorni in condizioni di stabilità clinica, fatto salvo quanto specificato all'interno dei singoli protocolli

Analisi delle Evidenze

Valutazione cardiologica

ECG

RACCOMANDAZIONI	CLASSE	LIVELLO EVIDENZA
In presenza di fattori di rischio per grado chirurgico intermedio-alto è **raccomandato**	I	C
Da **considerare** in pz con fattori di rischio per grado chirurgico basso o in pz > 65 anni per grado chirurgico intermedio-alto in assenza di fattori di rischio	II	C
ECG di routine in pz senza fattori di rischio e per basso grado chirurgico **non è raccomandato**	III	B

ECOCARDIOGRAMMA

Raccomandazioni	Classe	Livello di evidenza
Raccomandato in pazienti con nota o sospetta insufficienza cardiaca prima di chirurgia di grado intermedio - elevato	I	A
Considerato in pazienti asintomatici candidati per chirurgia di alto grado	II	C
Non raccomandato in pazienti asintomatici candidati per chirurgia di grado basso/intermedio	III	C

CONSULENZA CARDIOLOGICA

Anamnesi positiva per patologia cardiaca (stabili e instabili)
Capacità funzionale ridotta (MET< 4)
Stent coronarico metallico da meno di 3 mesi o stent medicato da meno di 12 mesi (gestione antiaggreganti)
Portatore di PM o ICD

Fonti bibliografiche:

[1]Linee guida per la valutazione preoperatoria del rischio cardiaco e la gestione perioperatoria del paziente cardiopatico nella chirurgia non cardiaca
Task Force per la Valutazione Preoperatoria del Rischio Cardiaco e la Gestione Perioperatoria del Paziente Cardiopatico nella Chirurgia Non Cardiaca della Società Europea di Cardiologia (ESC) e approvate dalla Società Europea di Anestesiologia (ESA) (G Ital Cardiol 2010; 11 (10 Suppl 2): e136-e181)

[2]2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment andmanagement
The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA)

Valutazione radiologica

RX TORACE

Non evidenza Rx torace preoperatorio alteri il rischio di prevenire complicanze polmonari postoperatorie rispetto ad anamnesi ed esame obiettivo
Rx torace non usata di routine
Rx torace se ➢ chirurgia maggiore (> o = grado 3 della classificazione NHS) o prolungata; ➢ fumatori (1 pacchetto/giorno per 20 anni) o ex fumatori da meno di 10 anni; ➢ ASA Status ≥3; ➢ Età > 65 anni; ➢ Obesità (BMI > 30) ➢ malattie cardiovascolari acute e croniche; ➢ malattie respiratorie acute e croniche; ➢ patologie neoplastiche maligne; ➢ terapia radiante toracica negli ultimi 6 mesi; ➢ immunodepressione
Negli uomini sotto i 40 anni di età compiuta e nelle donne sotto i 45 anni di età compiuta e nei pazienti sottoposti a ***colecistectomia*** non vi è indicazione ad eseguire RX torace

Test di funzionalità polmonare
Indicati solo in pazienti con anamnesi positiva per patologia polmonare se candidati a chirurgia di grado elevato

Esami ematochimici preoperatori.

COAGULAZIONE

Raccomandata
Condizioni mediche associate ad alterata emostasi (epatopatie, malattie ematopoietiche)
Terapia anticoagulanti
Anamnesi personale o familiare di diatesi emorragica

GLICEMIA

Raccomandata
pazienti diabetici
terapia corticosteroidea
grado chirurgico III

ELETTROLITI E FUNZIONALITA' RENALE

Raccomandati	Chirurgia tiroide
Ipertensione arteriosa	Chirurgia grado chirurgico III
Scompenso cardiaco	Assunzione di farmaci nefrotossici: diuretici, ace-inibitori, sartani, fans, digossina, litio, etc.
Aritmia	
Insufficienza renale	
Diabete	
Epatopatia	
Età > 50 anni	
ASA > 2	

FUNZIONALITA' TIROIDE

Raccomandata
Chirurgia tiroidea
Anamnesi positiva per patologia tiroide (valutazione eventuale recente adeguamento terapeutico)

ESAME URINE

Raccomandata
Procedure urologiche invasive
Impianto di devices (protesi articolari)

FUNZIONALITA' EPATICA

Raccomandata
Pazienti epatopatici
Grado chirurgico III

TEST GRAVIDANZA

Raccomandato
se non possibile dato anamnestico

ALTRE CONSULENZE

Raccomandata
DIABETOLOGICA in pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti orali
ORL in chirurgia tiroide
Non indicate in assenza di condizioni attive, di recente insorgenza o non modificabili nel perioperatorio

Fonti bibliografiche

[1] Preoperative testing in noncardiac surgery patients: a survey amongst European anaesthesiologists- Fiona E. van Gelder, Jurgen C. de Graaff, Leo van Wolfswinkel and Wilton A. van Klei - Eur J Anaesthesiol 2012; 29:465–470

[2] Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery -A Zambouri - Hippokratia. 2007 Jan-Mar; 11(1): 13–21.

[3] Preoperative Testing Before Noncardiac Surgery: Guidelines and Recommendations - MOLLY A. FEELY, MD; C. SCOTT COLLINS, MD; PAUL R. DANIELS, MD; ESAYAS B. KEBEDE, MD; AMINAH JATOI, MD; and KAREN F. MAUCK, MD, MSc, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota - Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):414-8.

[4] Linee guida per la valutazione preoperatoria del rischio cardiaco e la gestione perioperatoria del paziente cardiopatico nella chirurgia non cardiaca - Task Force per la Valutazione Preoperatoria del Rischio Cardiaco e la Gestione Perioperatoria del Paziente Cardiopatico nella Chirurgia Non Cardiaca della Società Europea di

Cardiologia (ESC) e approvate dalla Società Europea di Anestesiologia (ESA) (G Ital Cardiol 2010; 11 (10 Suppl 2): e136-e181)
[5] 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management - The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA)
[6] LINEE GUIDA SIAARTI Vol. 70, N. 6 MINERVA ANESTESIOLOGICA 451, 2004.
[8] Preoperative Testing Before Noncardiac Surgery: Guidelines and Recommendations - MOLLY A. FEELY, MD; C. SCOTT COLLINS, MD; PAUL R. DANIELS, MD; ESAYAS B. KEBEDE, MD; AMINAH JATOI, MD; and KAREN F. MAUCK, MD, MSc, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota - Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):414-8.

Stadiazione Grado chirurgico

Table 3 **Surgical risk estimate according to type of surgery or intervention**[a,b]

Low-risk: < 1%	Intermediate-risk: 1–5%	High-risk: > 5%
• Superficial surgery • Breast • Dental • Endocrine: thyroid • Eye • Reconstructive • Carotid asymptomatic (CEA or CAS) • Gynaecology: minor • Orthopaedic: minor (meniscectomy) • Urological: minor (transurethral resection of the prostate)	• Intraperitoneal: splenectomy, hiatal hernia repair, cholecystectomy • Carotid symptomatic (CEA or CAS) • Peripheral arterial angioplasty • Endovascular aneurysm repair • Head and neck surgery • Neurological or orthopaedic: major (hip and spine surgery) • Urological or gynaecological: major • Renal transplant • Intra-thoracic: non-major	• Aortic and major vascular surgery • Open lower limb revascularization or amputation or thromboembolectomy • Duodeno-pancreatic surgery • Liver resection, bile duct surgery • Oesophagectomy • Repair of perforated bowel • Adrenal resection • Total cystectomy • Pneumonectomy • Pulmonary or liver transplant

CAS = carotid artery stenting; CEA = carotid endarterectomy.
[a]Surgical risk estimate is a broad approximation of 30-day risk of cardiovascular death and myocardial infarction that takes into account only the specific surgical intervention, without considering the patient's comorbidities.
[b]Adapted from Glance *et al.*[11]

CHIRURGIA

BASSO RISCHIO	RISCHIO INTERMEDIO	ALTO RISCHIO
Tiroidectomia	Colecistectomia	Cistectomia
Ernia parete addominale non complicata e non voluminose	Laparocele voluminoso	Amputazione d'arto
Chirurgia proctologica	Ernia iatale	
TURB o TURV	Stomaco	
Varici	Colon	
Mammella	Retto	
	Nefrectomia	

ORTOPEDIA

BASSO RISCHIO	RISCHIO INTERMEDIO	ALTO RISCHIO
Tunnel carpale	Protesi (1° impianto): anca, ginocchio, spalla	Amputazione d'arto
Dito a scatto	Revisione di protesi	
Mlt dupuytren	Interventi per pseudoartosi con trapianto osseo autologo di femore, tibia o omero	
Alluce valgo		
Artroscopia: spalla, gomito, ginocchio, anca, caviglia		
Rimozione mezzi di sintesi: mano, piede, caviglia, gomito, avambraccio, omero, femore, tibia		

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

BASSO RISCHIO	RISCHIO INTERMEDIO	ALTO RISCHIO
Isteroscopia	Isterectomie	
RCU	Miomectomia	
IVG	Taglio cesareo	
	Chirurgia laparoscopica	

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da
0.1	Maggio 2016	**Adeguamento nuove Linee Guida**	GDL Rossella Zucca	Direttore UO Anestesia/Rianimazione Chirurgia Ortopedia Ostetricia e Ginecologia Cardiologia Radiologia	Direzione Sanitaria	