

**PROTOCOLLI DI PRE-OSPEDALIZZAZIONE DELLA PAZIENTE  
 GINECOLOGICA**

Rev	Data	Descrizione	Elaborazione	Verifica	Approvazione
0	20/09/2021	Prima Emissione	RSGQ	DS Mauro Mazzoni	AU Donatella Possemato
1	13/10/2022	revisione 1	RSGQ	Mazzoni Mauro	Donatella Possemato

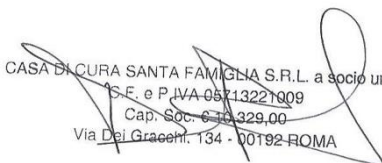
COORDINATRICE OSTETRICA  
 DE FABIIIS MANUELA  
 N. ord. 1934



Casa di Cura Santa Famiglia  
 il Direttore Sanitario  
 Dott. Mauro Mazzoni



CASA DI CURA SANTA FAMIGLIA S.R.L. a socio unico  
 S.F. e P. IVA 05713221009  
 Cap. Soc. € 30.329,00  
 Via Dei Gracchi, 134 - 00192-ROMA



## INDICE

<b>1. Valutazione preoperatoria .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Ruolo della valutazione preoperatoria .....</b>	<b>2; 3</b>
<b>1.2 Chi deve fare la valutazione preoperatoria .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Valutazione del rischio cardiologico.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Rischio cardiaco negli interventi di chirurgia non cardiaca.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Valutazione clinica del rischio cardiologico .....</b>	<b>3; 4</b>
<b>3. Esami preoperatori .....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Quali esami vengono prescritti in preospedalizzazione .....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Validità degli esami.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Protocolli gestionali .....</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Gestione della paziente con iperglicemia .....</b>	<b>5</b>
<b>4.2 Gestione della paziente con PA elevata.....</b>	<b>7</b>
<b>4.3 Gestione della paziente anemica .....</b>	<b>7</b>
<b>4.4 Gestione della pz con INR alterato.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Definizione del percorso assistenziale .....</b>	<b>8</b>
<b>5.1 Ambulatorio chirurgico.....</b>	<b>8</b>
<b>5.2 Funzione segretariale.....</b>	<b>9</b>
<b>5.3 Tracciabilità degli eventi in procedura recall.....</b>	<b>10</b>
<b>5.3 Ambulatorio anestesiological.....</b>	<b>10</b>
<b>5.5 Inserimento della paziente in lista operatoria .....</b>	<b>11</b>

## 1. VALUTAZIONE PREOPERATORIA

### 1.1 RUOLO DELLA VALUTAZIONE PREOPERATORIA

La valutazione pre-operatoria è funzionale ad ottenere informazioni diagnostiche e prognostiche supplementari alla storia clinica con l'obiettivo di:

- fornire informazioni che possono confermare o mettere in dubbio l'iter diagnostico terapeutico previsto (management clinico). Identificare condizioni non manifeste che possono richiedere trattamenti prima dell'intervento chirurgico o modificare la scelta della tecnica chirurgica o anestesiológica;
- ridurre il danno o aumentare il beneficio modificando, se necessario, il percorso clinico;
- permettere all'anestesista di richiedere ulteriori esami quando, a suo giudizio, possono influenzare le decisioni dei clinici rispetto al rischio chirurgico/anestesiológico e dal management clinico del paziente;
- valutare il potenziale rischio e prevedere la possibilità di informare il paziente di un potenziale aumento del rischio;
- prevedere le possibili complicanze post-operatorie;
- stabilire dei riferimenti di base utilizzabili per una ulteriore valutazione post-operatoria;
- stabilire l'opportunità di effettuare screening non correlati con l'intervento chirurgico.

La valutazione pre-operatoria è ritenuta sempre necessaria quando sia prevista una prestazione anestesiológica.

### 1.2 CHI DEVE FARE LA VALUTAZIONE PREOPERATORIA

La scelta e la condotta dell'atto anestesiológico sono di esclusiva competenza del medico anestesista (Legge 9 agosto 1954, n. 653), che decide la tecnica di anestesia e la preparazione alla procedura, in funzione della propria valutazione e della procedura programmata, in considerazione delle preferenze del paziente e delle indicazioni del chirurgo. La decisione di eseguire esami di laboratorio, indagini strumentali o visite specialistiche supplementari prima di procedure diagnostico-terapeutiche richiedenti l'intervento di un medico anestesista deve essere presa dal medico anestesista stesso, caso per caso, sulla base di indicazioni cliniche comprese l'età del paziente, i fattori di rischio e il tipo di procedura chirurgica.

## 2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOLOGICO

### 2.1 RISCHIO CARDIACO NEGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA NON CARDIACA

Le principali cause di complicazioni cardiache e morte nel corso di chirurgia non cardiaca sono rappresentate dalla cardiopatia ischemica, dallo scompenso cardiaco e dalle aritmie.

L'impegno cardiaco varia considerevolmente nei diversi tipi di intervento. Si può classificare il rischio cardiaco (incidenza combinata di morte cardiaca infarto non fatale) relativo al tipo di intervento da eseguire come segue.

## Rischio cardiaco perioperatorio negli interventi di chirurgia non cardiaca

<p><b>RISCHIO ALTO</b> <i>Rischio cardiaco &gt; 5%</i></p>	<p>Interventi maggiori urgenti, specialmente nell'anziano</p> <p>Interventi chirurgici di lunga durata, con perdita importante di liquidi e sangue</p>
<p><b>RISCHIO MEDIO</b> <i>Rischio cardiaco &lt; 5%</i></p>	<p>Chirurgia ginecologica addominale</p>
<p><b>RISCHIO BASSO</b> <i>Rischio cardiaco &lt; 1%</i></p>	<p>Procedure endoscopiche</p> <p>Interventi superficiali</p> <p>Chirurgia del seno</p>

## 2.2 VALUTAZIONE CLINICA DEL RISCHIO CARDIOLOGICO

Anamnesi: la storia clinica deve evidenziare eventuali malattie cardiovascolari preesistenti. In particolare, va identificata la presenza di angina pectoris attuale o pregressa, di infarto miocardico pregresso o recente, scompenso cardiaco, storia di impianto di pacemaker o defibrillatore, storia di ipotensione ortostatica. Devono inoltre essere indagati i principali fattori di rischio vascolare ed eventuali malattie associate (ipertensione arteriosa, arteriopatia periferica, insufficienza cerebrovascolare), diabete mellito, insufficienza renale, malattie polmonari croniche, valvulopatie. Nei cardiopatici noti, deve essere indagata qualsiasi variazione recente di sintomi o di terapia.

Esame obiettivo: l'esame obiettivo generale e cardiovascolare deve essere particolarmente attento per rilevare la presenza di segni di disfunzione ventricolare sinistra, scompenso cardiaco, valvulopatie.

All'esame generale va verificata la presenza di cianosi, pallore, dispnea da attività minime come la conversazione o lo svestirsi, stato nutrizionale, obesità, deformità scheletriche, tremori, ansia. L'esame vascolare deve prevedere la valutazione dei polsi carotidei e periferici, la palpazione dell'aorta addominale, l'ascoltazione di eventuali soffi vascolari, la valutazione delle vene giugulari e di eventuale presenza di reflusso epato-giugulare. Deve essere ricercata la presenza di stasi polmonare e/o di edemi declivi.

Il compito dell'anestesista che esegue la valutazione pre-operatoria è quello di identificare le pazienti con rischio cardiologico aumentato e, ogni qualvolta lo ritenesse necessario, richiedere un videat cardiologico da eseguire prima dell'intervento chirurgico.

## 3. ESAMI PREOPERATORI

### 3.1 QUALI ESAMI VENGONO PRESCRITTI IN PRE-OSPEDALIZZAZIONE

Nella nostra struttura vengono richiesti i seguenti esami di routine:

- ECG
- Analisi cliniche (vedi tabella)
- Rx, solo in casi selezionati (vedi tabella)

**Analisi cliniche**

<b>Ricovero Ordinario</b>	<b>Day Surgery</b>
Gruppo sanguigno	Gruppo sanguigno
Emocromo completo con formula	Emocromo completo con formula
Na	Glicemia
Cl	Creatinina
K	PTT, PT
Glicemia	Fibrinogeno
Creatinina	Transaminasi
Azotemia	HBs-Ag, HCv-Ab
PTT, PT	
Fibrinogeno	
Transaminasi	
HBs-Ag, HCv-Ab	
Hiv (se richiesto dal chirurgo)	
Esame urine	

**Rx Torace**

Età > 70 anni  
 Malattie polmonari acute o croniche  
 Malattie cardiovascolari  
 Fumatori > 15 sigaretta/die per molti anni  
 Pazienti curati per neoplasia  
 Immunodepressi

### 3.2 VALIDITÀ DEGLI ESAMI

La maggior parte delle Linee Guida esistenti non prende in considerazione la validità nel tempo degli esami pre-operatori. Partendo dal concetto che la valutazione clinica di base è l'unico atto assolutamente necessario, il criterio temporale della validità degli esami pre-operatori non appare significativo.

Le analisi cliniche sono considerate valide per un periodo di 3 mesi, purché non siano comparse variazioni dello stato di salute del paziente o della terapia abituale.

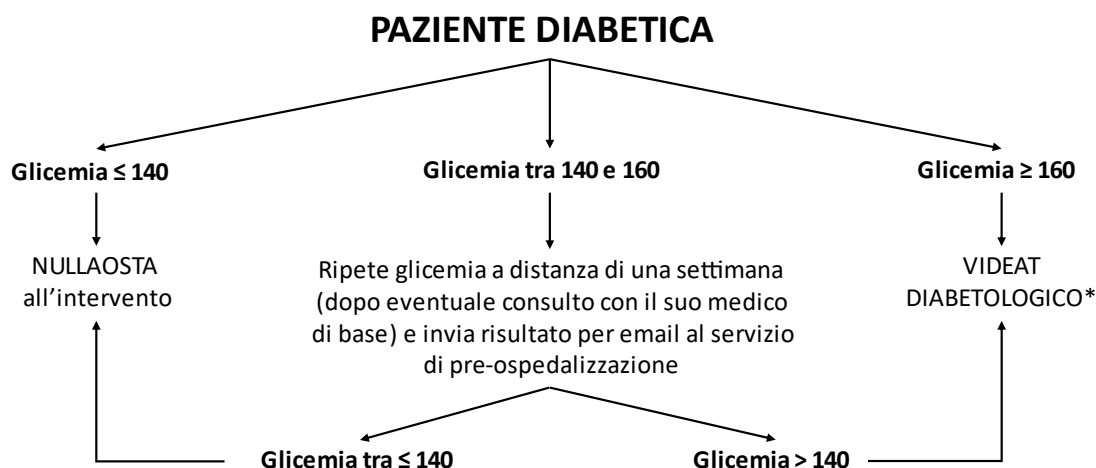
La radiografia del torace può essere considerata valida se eseguita nei 6 mesi precedenti purché non siano intervenute significative variazioni delle condizioni di salute del soggetto.

L'ECG, nei soggetti non cardiopatici, può essere considerato valido se eseguito nei 6 mesi precedenti, purché non siano intervenute rilevanti modificazioni cliniche.

Andrebbe evitata la ripetizione degli esami se sono disponibili dati recenti e nei limiti della norma.

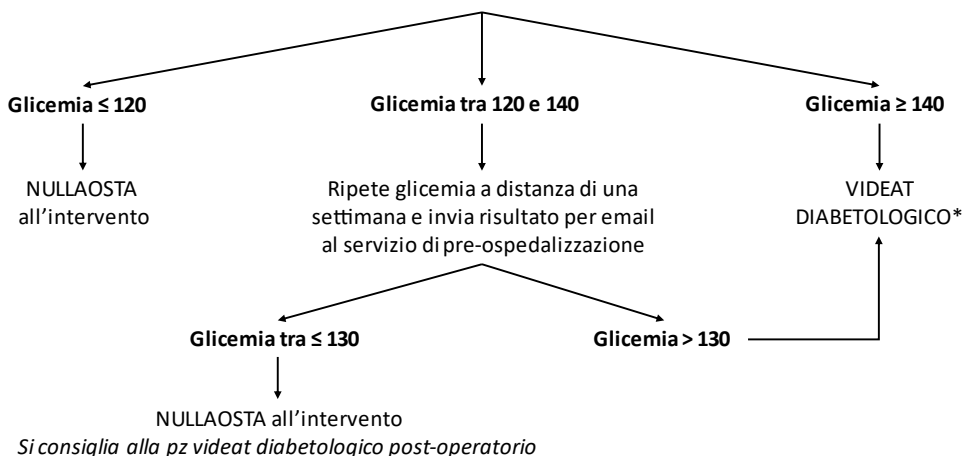
## 4. PROTOCOLLI GESTIONALI

### 4.1 GESTIONE DELLA PAZIENTE CON IPERGLICEMIA



*\*La pz esegue videat diabetologico e ripete glicemia inviando referti per email al servizio di pre-ospedalizzazione*

**PAZIENTE NON DIABETICA**

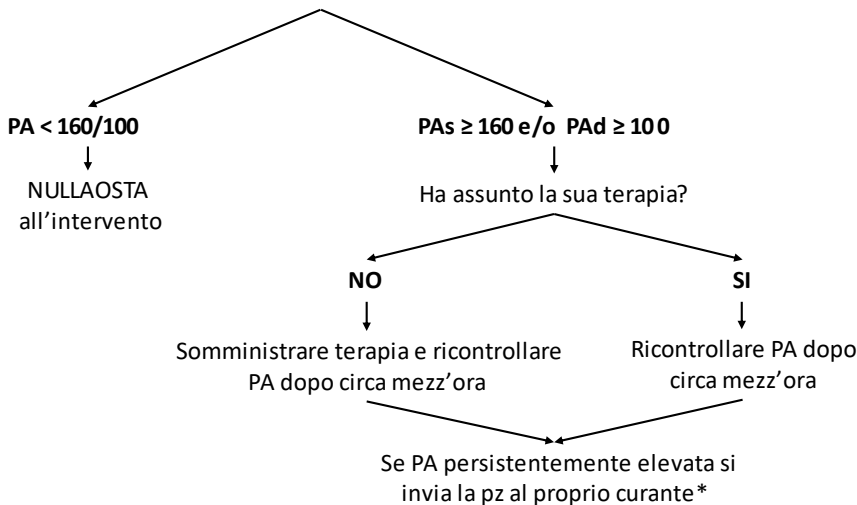


*\*La pz esegue videat diabetologico e ripete glicemia inviando referti per email al servizio di pre-ospedalizzazione*

**4.2  
DELLA  
CON PA**

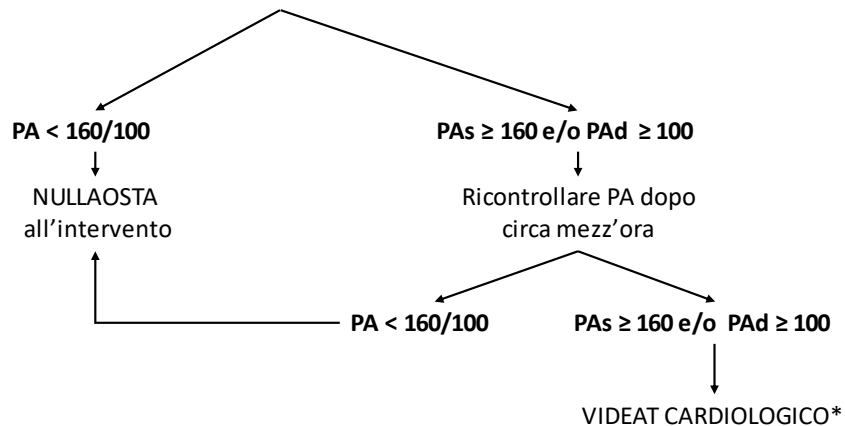
**GESTIONE  
PAZIENTE  
ELEVATA**

**PAZIENTE IPERTESA IN TERAPIA**



*\*La pz esegue diario pressorio e consulto con il suo medico di base (e/o cardiologo curante) per un eventuale adeguamento della terapia anti-ipertensiva; invia diario pressorio al servizio di pre-ospedalizzazione*

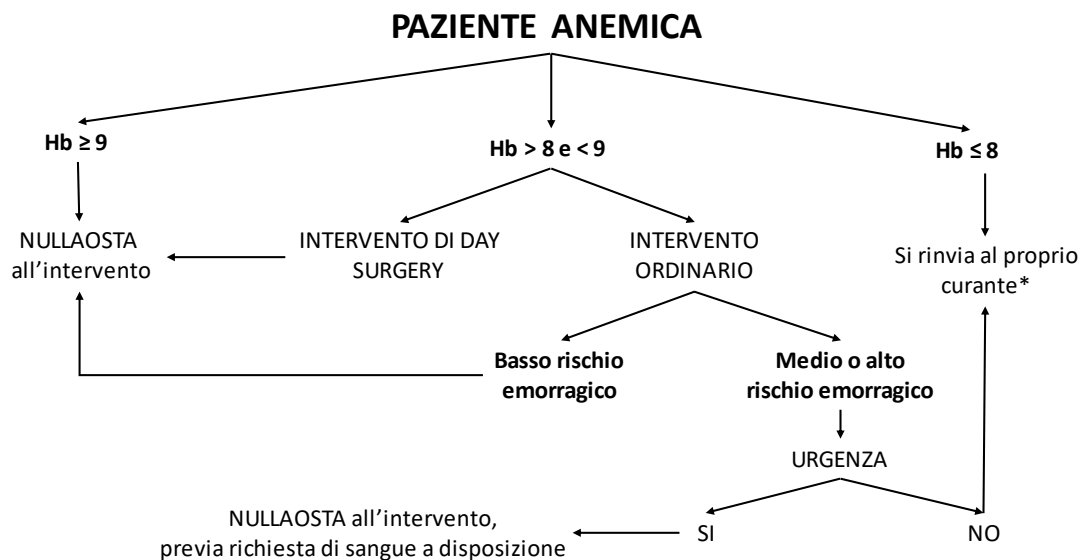
**PAZIENTE NON IPERTESA**



*\*La pz esegue videat cardiologico con nullaosta all'intervento ed invia referto al servizio di pre-ospedalizzazione*



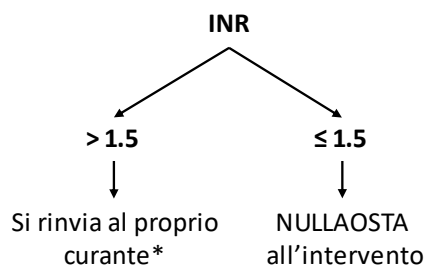
**4.3 GESTIONE DELLA PAZIENTE ANEMICA**



*\*La pz dopo eventuale terapia marziale esegue emocromo e invia referto al servizio di pre-ospedalizzazione*

**4.4**

**GESTIONE DELLA PZ CON INR ALTERATO**



*\*La pz esegue un controllo dell'INR a distanza di qualche giorno e invia il referto al servizio di pre-ospedalizzazione*

## 5. DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

### 5.1 AMBULATORIO CHIRURGICO

Il chirurgo:

- pone l'indicazione chirurgica
- stabilisce il grading dell'intervento
- stabilisce il livello di priorità
- determina la eventuale necessità di indagini preoperatorie
- compila e consegna apposito modulo per inserimento in lista di attesa accertandosi di aver compilato ogni campo e in particolar modo il consenso all'inserimento nelle liste di attesa.

### 5.2 FUNZIONE SEGRETARIALE

- riceve dal chirurgo il modulo per inserimento in lista di attesa
- lo riporta nel file della lista d'attesa
- convoca il paziente consegnandogli l'elenco delle eventuali indagini da eseguire insieme ai documenti relativi (impegnative ad uso interno) ed alle date di prenotazione degli esami
- fissa la data della visita pre-operatoria
- Nel caso in cui, durante l'azione di Recall, l'utente manifesti la propria volontà in merito alla rinuncia all'intervento, è necessario procedere alla comunicazione scritta (anche e-mail) relativamente alla rimozione dal Registro di Prenotazione chirurgica dell'utente e provvedere alla sua cancellazione se entro 15 giorni dal ricevimento, lo stesso non comunichi una diversa intenzione. Le cancellazioni a seguito di azione di Recall dovranno essere comunicate al professionista che aveva inserito l'utente nel Registro di Prenotazione chirurgica. L'utente il cui intervento programmato è stato cancellato dal Registro di Prenotazione in base alla procedura di recall potrà accedere ad una nuova programmazione a seguito di una visita ambulatoriale nella quale emerga l'indicazione chirurgica.
- Nel caso in cui, durante l'azione di Recall, l'utente risulti irreperibile per cinque volte consecutive nell'arco di 30 giorni, in giorni e orari diversi, è necessario procedere alla comunicazione scritta (mail) relativamente alla rimozione dal Registro di Prenotazione chirurgica dell'utente e provvedere alla sua cancellazione se entro 15 giorni dal ricevimento lo stesso non comunichi l'intenzione diversa. Le cancellazioni per irreperibilità dovranno essere comunicate al professionista che aveva inserito l'utente nel Registro di Prenotazione chirurgica.

### 5.3 TRACCIABILITA' DEGLI EVENTI DELLA PROCEDURA DI RECALL

- **Sospensione:** si verifica quando l'utente, inserito in Lista, è impossibilitato a effettuare la pre-ospedalizzazione o l'intervento chirurgico, esclusivamente per motivazioni cliniche, quali ad esempio patologia intercorrente, controindicazioni temporanee. La sospensione del percorso esita necessariamente in una rivalutazione dell'utente da parte del medico specialista che potrà confermare o variare le informazioni precedentemente indicate. Inoltre la durata della sospensione non viene conteggiata ai fini del calcolo del tempo di attesa.
- **Rinvio:** si verifica quando l'utente, inserito in Lista, non è disponibile a effettuare la pre-ospedalizzazione o l'intervento chirurgico, esclusivamente per motivi personali. La durata del rinvio del percorso non viene conteggiata ai fini del calcolo del tempo di attesa, sono ammessi massimo due rinvii.
- **Conclusione:** si verifica quando l'utente, inserito in lista, esce dal percorso chirurgico e viene quindi eliminato da quest'ultima. Tale evento può verificarsi a seguito delle seguenti motivazioni:
  1. Rifiuto proposta o successivo rifiuto
  2. Rivalutazione negativa
  3. Numero massimo rinvii per volontà del paziente

4. Irreperibilità, definita come 5 chiamate consecutive senza risposta nell'arco di 30 giorni
5. Non idoneità come esito esami effettuati in pre-ospedalizzazione
6. Mancata accettazione setting
7. Già operato urgenza
8. Già operato altrove
9. Decesso intervenuto
10. Modifica della disciplina specialistica

## 5.4 AMBULATORIO ANESTESIOLOGICO

L'anestesista:

- esegue la valutazione clinica
- prende visione delle eventuali indagini eseguite e ne stabilisce la sufficienza; in caso contrario stabilisce le indagini aggiuntive che saranno effettuate, ove possibile, nell'arco temporale della giornata stessa della prescrizione o comunque nel più breve tempo possibile
- definisce la classe ASA; l'anestesista può a questo punto ritenere non idoneo il paziente all'atto anestesio logico per la presenza di patologie intercorrenti o croniche che richiedono specifici accertamenti e/o trattamenti; in questo caso, consultandosi con il chirurgo, l'anestesista può decidere di prescrivere quanto ritenuto utile fissando una nuova data per la rivalutazione anestesio logica
- raccoglie il consenso informato all'anestesia
- prescrive la preanestesia.

### Classificazione ASA

ASA PS Classification	Definition	Adult Examples, Including, but not Limited to:
<b>ASA I</b>	A normal healthy patient	<i>Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use</i>
<b>ASA II</b>	A patient with mild systemic disease	<i>Mild diseases only without substantive functional limitations. Current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30&lt;BMI&lt;40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease</i>
<b>ASA III</b>	A patient with severe systemic disease	<i>Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, history (&gt;3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.</i>
<b>ASA IV</b>	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	<i>Recent (&lt;3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, shock, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis</i>

<b>ASA V</b>	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	<i>Ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction</i>
<b>ASA VI</b>	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes	

**Nella nostra struttura non sono ammissibili pazienti con:**

- **ASA III**
- **BMI ≥ 40**
- **allergia al lattice accertata**

### 5.5 INSERIMENTO DELLA PAZIENTE IN LISTA OPERATORIA

A partire dalla lista di attesa, valutati aspetti clinici e esigenze tecnico-organizzative (priorità, esito accertamenti in pre ricovero, disponibilità sala operatoria, disponibilità posti letto, disponibilità chirurgo, disponibilità attrezzature e dispositivi, ...), sono identificati i pazienti da inserire nel programma operatorio, settimanale e giornaliero. Questi sono prodotti, specificando, attraverso l'utilizzo dell'apposita scheda di dato clinico (scheda Programmazione sala operatoria):

- nome del paziente
- posto letto in reparto
- intervento chirurgico
- giornata di esecuzione dell'intervento chirurgico
- orario indicativo dell'intervento, necessario per definire l'ordine di esecuzione
- nominativi del primo operatore e dei componenti dell'equipe
- durata stimata dell'intervento
- eventuale diagnostica intraoperatoria
- emocomponenti richiesti
- allergie
- strumenti aggiuntivi
- protesi.

La convocazione per la data dell'intervento chirurgico viene data, a seguito del nulla osta medico anestesista, dalla coordinatrice infermieristica della sala operatoria o da persona da lei delegata in sua assenza.

Il Primario e il Responsabile di sala operatoria devono:

- garantire che il programma operatorio settimanale sia definito entro le ore 12.00 del giovedì antecedente la settimana oggetto della programmazione, firmato dal responsabile e dalla Direzione Sanitaria e inviato alla sala operatoria, ai reparti di degenza, al responsabile di Anestesia e Rianimazione e all'equipe;
- garantire che tutte le modifiche effettuate dopo la stesura del programma giornaliero definitivo siano motivate, registrate e firmate da colui che le effettua e tempestivamente comunicate al personale della degenza, di Anestesia e Rianimazione e della sala operatoria.