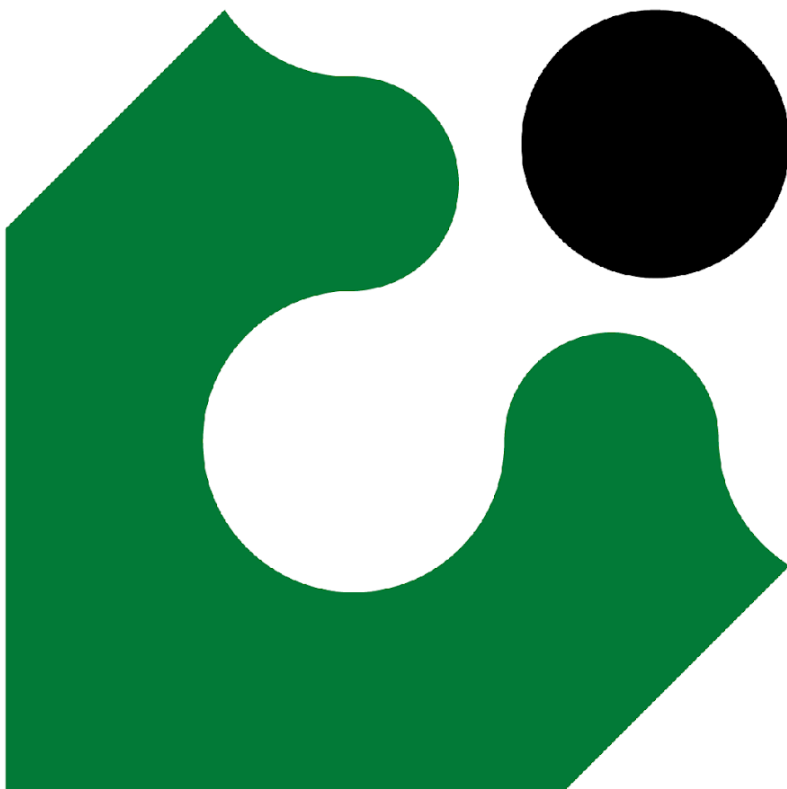


STANDARDIZZAZIONE DEL PERCORSO DELLA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA IN PRERICOVERO

Ileana Albani
Morena Bissolati
Luca Carpinelli
Maria Teresa Cuppone

**Corso di formazione manageriale per
la rivalidazione del certificato
anno 2024**



Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione ECOLE RIV 2401/AE

Ente erogatore: ECOLE

GLI AUTORI

<i>Ileana Albani,</i>	Direttore Sanitario di Presidio, Istituto Clinico San Siro di Ente Ospedale Galeazzi S.p.A. ileana.albani@grupposandonato.it
<i>Morena Bissolati,</i>	Direttore Sanitario di Presidio, IRCCS Ospedale Galeazzi Sant’Ambrogio di Ente Ospedale Galeazzi S.P.A. morena.bissolati@grupposandonato.it
<i>Luca Carpinelli,</i>	Direttore Sanitario di Azienda, Istituti Clinici Zucchi luca.carpinelli@grupposandonato.it
<i>Maria Teresa Cuppone,</i>	Direttore Sanitario di Azienda, IRCCS Policlinico San Donato mariateresa.cuppone@grupposandonato.it

Il Responsabile didattico scientifico

<i>Federico Lega,</i>	Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano
-----------------------	--

Guida breve all’editing secondo stili preimpostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono preordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull’indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce “Aggiorna campo”: in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l’indice è sufficiente utilizzare l’opzione “Aggiorna intero sommario”.

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu “Proprietà stampante”, la voce Layout e, infine, attivare la voce “Libretto” (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	5
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	5
METODOLOGIA ADOTTATA.....	6
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE ..	8
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	13
RISULTATI ATTESI	13
CONCLUSIONI	15
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	17
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	21
BIBLIOGRAFIA	21
SITOGRAFIA	22

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, l'affermarsi della medicina basata sulle evidenze e la necessità di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie hanno fatto avvertire anche nel nostro paese il bisogno di disporre di strumenti per valutare la reale efficacia, e quindi l'appropriatezza, dei sempre più numerosi interventi diagnostici. Ciò anche al fine di assicurare un uso più razionale delle risorse sanitarie e di migliorare l'esperienza dei pazienti.

Le linee Guida elaborate^{12, 15, 16, 30-35} e la quasi totalità di lavori disponibili concordano nel dire che i test preoperatori di routine per interventi programmati sono costosi, impegnativi e hanno un valore predittivo basso quando prescritti prima della valutazione clinica dei pazienti.

Prendendo a riferimento le comparazioni disponibili tra i contenuti delle varie linee guida si osserva un'ampia condivisione di alcuni concetti fondamentali:

- il numero degli esami preoperatori può essere drasticamente ridotto senza provocare eventi avversi per il paziente
- i test di laboratorio eseguiti in preparazione all'intervento non hanno funzione di screening ma sono finalizzati all'atto chirurgico
- i pazienti di classe ASA I e II non necessitano di esami di laboratorio se non sulla base di precisi riscontri clinici
- la prescrizione di eventuali accertamenti deve essere disposta sugli esiti del preventivo esame clinico/anamnestico del paziente
- l'uso routinario degli esami di laboratorio produce una ampia gamma di risultati alterati anche in pazienti apparentemente sani
- l'importanza clinica di molti di questi risultati patologici è incerta
- questi stessi risultati portano a riflessi sulla gestione clinica del paziente in una percentuale molto modesta di casi e, per alcuni test, non determinano conseguenza alcuna
- la capacità dei test preoperatori routinari di predire complicanze perioperatorie nei pazienti asintomatici è scarsa o inesistente

L'organizzazione attuale prevalente per i ricoveri in elezione prevede un accesso in preospedalizzazione per una valutazione da parte dell'anestesista e dello specialista chirurgo accompagnata dall'esecuzione di accertamenti di base predefiniti routinariamente (ECG, Rx torace, esami di laboratorio).

Si intende avviare un progetto pilota, che coinvolge quattro strutture appartenenti al Gruppo San Donato, per valutare un modello organizzativo innovativo per l'attività di gestione del percorso di prericovero, con particolare riferimento alla valutazione anestesiologicala, adeguandosi ai suggerimenti in materia di linee guida emesse dalle più importanti Società scientifiche internazionali che prevedono una valutazione soggettiva del paziente, coadiuvata da eventuale richiesta di esami mirati. La chirurgia senza esami è un percorso molto diffuso nel mondo occidentale, ben descritto, sperimentato ed incentivato.

La valutazione anestesiologicala preoperatoria è quel processo che ha lo scopo di valutare l'eleggibilità del paziente all'anestesia, di classificarne lo stato fisico, secondo i dettami dell'*American Society of Anesthesiologists (ASA)*, e di rilevare tutti i dati pertinenti utili per riconoscere o per escludere fattori di rischio generici o specifici del singolo caso.

In tal senso la possibilità di ricorrere alla telemedicina, per la preliminare valutazione anamnestica anestesiologicala, anche in forma di televisita/videomeeting⁵ rappresenta un'opportunità tutta da esplorare nella valutazione preoperatoria del paziente, che soddisfa molte delle necessità sopraindicate; si tratta innanzitutto di definire per quali pazienti e per quale tipologia di intervento chirurgico possa essere utilizzata questa metodica.

Il Project Work si propone dunque anche di valutare il potenziale della telemedicina per migliorare l'efficienza, la qualità e l'esperienza del paziente nel percorso di prericovero.

Attraverso il progetto pilota sarà possibile definire, pianificare e monitorare le attività che costituiscono il percorso.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo primario che si attende dal progetto è una ridefinizione del percorso di prericovero, allo scopo di anticipare la valutazione dell'anestesista alla prescrizione di esami preoperatori, garantendo una corretta, appropriata e sicura preparazione all'intervento chirurgico programmato individuando, alla luce delle evidenze scientifiche, gli esami da effettuare in chirurgia elettiva nei pazienti con e senza comorbidità sottoposti ad una procedura chirurgica in presenza dell'anestesista, anche al fine di ridurre il numero di esami inappropriati richiesti ed eseguiti con conseguente spreco di risorse ed allungamento dei tempi per l'espletamento delle attività di prericovero.

Il project work intende perseguire i seguenti **obiettivi strategici**:

1. Promuovere una più efficiente gestione del prericovero attraverso una maggiore appropriatezza delle indagini preoperatorie sulla base di linee guida consolidate;
2. Definire contesto, aspetti funzionali e aspetti informativi del processo di prericovero;
3. Ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali e logistiche, al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
4. Verificare la sostenibilità e sicurezza da parte degli operatori;
5. Identificare benefici attesi e criticità della digitalizzazione del percorso.

Gli **obiettivi specifici** del progetto pilota sono quelli di:

1. Stratificare i pazienti sulla base della complessità dell'intervento e delle patologie pregresse
2. Identificare, in base alla stratificazione, le tipologie di pazienti che possono accedere direttamente al ricovero senza valutazione in sede di prericovero, eventualmente mediante colloquio di conferma della stratificazione in telemedicina (televisita/videomeeting⁵);
3. Valutare l'appropriatezza del percorso di cura e la sicurezza dei pazienti in questa nuova modalità di valutazione preoperatoria, anche mediante indicatori di outcome e rischio clinico;
4. Definire, pianificare e monitorare le attività che costituiscono il nuovo percorso;
5. Identificare gli step fondamentali del percorso ed approfondire la modulistica necessaria.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I pazienti, adulti candidati a chirurgia di elezione, sono i primi principali beneficiari del progetto.

Per interventi chirurgici in elezione si intendono quelli pianificati in anticipo, escluse quindi le emergenze mediche.

Si applica a pazienti di età maggiore o uguale a 18 anni, in salute o affetti da una o più patologie candidati ad una chirurgia elettiva, minore o intermedia³⁰⁻³⁵.

METODOLOGIA ADOTTATA

Costituzione di un gruppo **multidisciplinare, multiprofessionale e interaziendale** per una corretta valutazione della dimensione organizzativa, gestionale ed economica con coinvolgimento dei manager aziendali sanitari e amministrativi delle diverse strutture.

Le figure professionali coinvolte nel progetto sono state scelte in funzione delle competenze e capacità necessarie per il raggiungimento degli obiettivi definiti privilegiando la multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Incontri multidisciplinari (brainstorming), al fine di realizzare sinergie e confronto tra i professionisti, raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica e con obiettivo finale di stilare un documento di riferimento valido per tutte le strutture, dopo aver esaminato il contenuto delle principali linee Guida, gli studi più rilevanti e dopo aver discusso le procedure e i dati aziendali e l'esperienza personale dei componenti del gruppo di lavoro e le ipotizzate implicazioni organizzative delle diverse raccomandazioni.

Analisi della letteratura

Il gruppo di lavoro ha operato sulla base dell'analisi della letteratura selezionando le principali Linee guida esistenti sull'argomento (identificate sia su segnalazione dei partecipanti sia tramite ricerca sui siti Internet). La revisione approfondita della letteratura scientifica si è focalizzata nel campo della organizzazione del percorso preoperatorio al fine di individuare evidenze scientifiche utili per definire il ruolo degli esami preoperatori nella chirurgia elettiva ed in gruppi selezionati di pazienti con determinate condizioni di comorbidità. La ricerca sistematica delle fonti è aggiornata al maggio 2024.

Analisi preliminari delle procedure e dell'organizzazione in essere nelle strutture

Le analisi preliminari comprendono, nell'ambito delle quattro strutture coinvolte, la descrizione del percorso preoperatorio e degli standard di cura in essere, l'analisi degli strumenti informatici disponibili, per identificare le inefficienze e le criticità esistenti.

Per agevolare la progressione dei lavori sono state proposte una serie di quesiti sui quali i componenti del gruppo sono stati invitati a confrontarsi per la redazione di un **documento di sintesi**.

Il **documento di sintesi** riporta i risultati sia dell'analisi della letteratura sia dell'analisi preliminare volto a dare risposte ai seguenti quesiti:

1. Il Ruolo della valutazione preoperatoria finalizzata a valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico (*è sempre importante la valutazione preoperatoria?*).
2. Chi deve fare la valutazione preoperatoria? (*ruolo del chirurgo e dell'anestesista*).
3. Quale tipologia di interventi, nell'ambito della chirurgia minore, può essere sottoposto da subito al modello di "chirurgia senza esami".

4. Valutazione del rischio cardiaco perioperatorio.
5. Timing valutazione anestesiologicala (*quando deve essere fatta tale valutazione*).
6. Criteri per la scelta degli esami preoperatori (*grading chirurgico ed anestesiologicalo*).
7. Validità temporale degli esami effettuati (criteri per la validazione di esami effettuati in precedenza).
8. Individuazione dei potenziali benefici degli esami di screening in termini di costo-beneficio (efficacia).
9. Individuazione della tipologia di intervento per i quali è applicabile il progetto
10. Strumenti per la gestione del progetto (Modulistica o software dedicato)
11. Definizione di un percorso assistenziale coerente con i contenuti della Linea guida.
12. Condivisione di indicatori di monitoraggio
13. Modalità di misurazione della qualità percepita da operatori e dai pazienti e loro care giver
14. Condivisione delle modalità di formazione e informazione - identificare strategie/programmi formativi. Allineare i percorsi clinici e la cultura dei diversi operatori preposti al processo di assistenza
15. Analizzare le ricadute del nuovo percorso sulla responsabilità professionale

Gestione del rischio

Le difficoltà organizzative da gestire per poter attivare in sicurezza il nuovo processo includono la riorganizzazione collaborativa dei diversi attori coinvolti: servizi amministrativi, Unità Operative (di degenza e servizi), pazienti e loro eventuali *care giver*.

Possibili componenti alla resistenza al cambiamento derivano dalla responsabilità dei medici coinvolti nel percorso. Diventa necessario includere nel percorso una specifica e mirata analisi dei rischi e la successiva condivisione di possibili soluzioni (punto 14 del Documento di Sintesi), relative almeno ai seguenti punti:

1. Medicina difensiva e rischio clinico
 1. Responsabilità amministrativa: se la prescrizione è contraria a linee guida o non sia appropriata al caso concreto (medicina difensiva)
 2. Responsabilità penale di tipo omissivo o commissivo se l'inedonea valutazione determina una lesione al paziente
 3. Responsabilità aquiliana ex art 2043 cc: se omette di valutarli e di effettuare o prescrivere accertamenti di secondo livello
 4. L'esecuzione di esami di prericovero non libera da responsabilità il professionista.

In considerazione anche dell'articolo 5 della Legge 24/2017¹ (Legge Gelli-Bianco: Art. 5, Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida: «*Gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute da emanare entro novanta giorni. In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali*») emerge la necessità di modificare i protocolli esistenti e di investire nella formazione del personale per attivare percorsi condivisi multidisciplinari nel rispetto delle Linee Guida e delle Buone Pratiche.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto intende proporre uno studio pilota che coinvolge quattro strutture del Gruppo Ospedaliero San Donato per valutare un modello organizzativo per l'attività di gestione del percorso di prericovero con particolare riferimento alla valutazione anestesiologicala come elemento iniziale di definizione della presa in carico del paziente e del percorso più appropriato.

Si tratta di riorganizzare il percorso di valutazione preoperatoria adeguandosi ai suggerimenti presenti nelle linee guida in materia emesse dalle società scientifiche. Come già descritto, il progetto nasce dalla motivazione di ottimizzare e personalizzare il percorso di prericovero in relazione alle condizioni soggettive del paziente e al rischio individuale dell'intervento chirurgico.

La Figura 1 più sotto riassume il nuovo flusso relativo al processo di prericovero che si intende modificare. L'area con fondo giallo e bordo tratteggiato identifica il percorso attuale ("classico") di prericovero. Le quattro fasi innovative, evidenziate dal fondo azzurro, sono descritte più oltre in questo documento.

Si sottolinea che la valutazione anestesiologicala preoperatoria è ritenuta sempre necessaria quando sia prevista una procedura anestesiologicala. Quando il paziente non dovesse accedere al prericovero ma direttamente al ricovero, la visita anestesiologicala è comunque effettuata nel preoperatorio prima della procedura anestesiologicala.

La valutazione può essere invece omessa nei casi di pazienti apparentemente sani, candidati ad interventi in anestesia locale o "sedazione" come le procedure odontoiatriche, dermatologiche, endoscopiche.

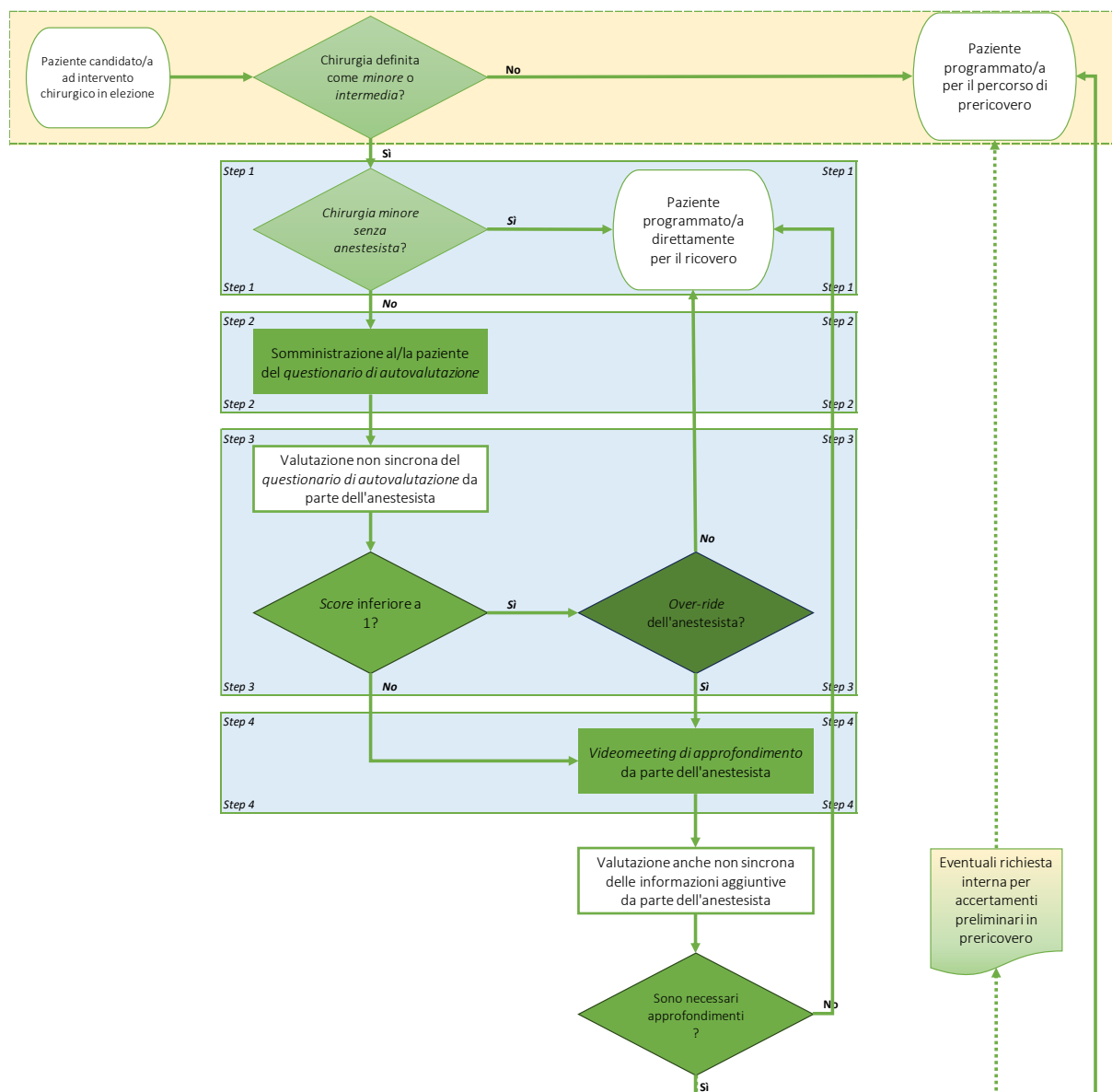


Figura 1 Flow-chart del nuovo processo di pre-ospedalizzazione

Ambito di intervento

I più recenti riferimenti di letteratura internazionali^{30, 34-35} e nazionali^{31, 33} considerano appropriato non eseguire esami pre-operatori nel caso di interventi programmati di chirurgia minore e di chirurgia intermedia. Le definizioni di ‘minore’^{31, 33} (*minor*³⁰, *minimally invasive*³⁴⁻³⁵) e di ‘intermedia’^{31, 33} (*intermediate*³⁰, *minimal to moderately invasive*³⁴⁻³⁵), pur se diverse tra loro, riconducono alla raccomandazione di non richiedere di routine esami di laboratorio preoperatori in pazienti a basso rischio (nei casi di chirurgia minore e nei pazienti a rischio ASA 1 o ASA 2 da sottoporre a procedure di chirurgia intermedia). In considerazione di ciò, il Progetto Pilota sarà limitato a interventi programmati di chirurgia minore/intermedia.

Vista la peculiarità organizzativa e di offerta di ognuna delle strutture ospedaliere coinvolte nel progetto, l’identificazione degli interventi di chirurgia minore e intermedia che rientrano nello studio pilota è definita localmente, per ogni presidio ospedaliero.

Elementi principali del progetto:

Gli elementi principali del progetto sono:

- Lo strumento di valutazione (questionario di valutazione anestesiologicala)
- La stratificazione del rischio
- La telemedicina
- La digitalizzazione

Implementazione del progetto

Le fasi del progetto pilota sono sei e sono descritte di seguito.

Primo step – Individuazione di chirurgia senza anestesista

Individuare la tipologia di interventi, nell'ambito della chirurgia minore, per i quali può essere proposto da subito, un modello di chirurgia che non richiede l'attività dell'anestesista (ad esempio, chirurgia in anestesia locale somministrata direttamente dal chirurgo)⁸, quindi senza esami.

Secondo step – Questionario di autovalutazione

Il secondo step, sempre in ambito di chirurgia minore e intermedia, prevede per le restanti categorie di interventi, la presa in carico precoce del paziente attraverso l'utilizzo di un questionario di autovalutazione anestesiologicala da somministrare al paziente.

Il questionario è uno strumento necessario per consentire un triage/stratificazione preliminare dei pazienti, in quanto include sezioni mirate ad ottenere una visione completa del paziente, identificando informazioni specifiche rilevanti per la gestione anestesiologicala (comorbidità, terapie farmacologiche, riserva funzionale, età, fragilità, impairment cognitivo, dolore cronico, condizioni di vulnerabilità).

L'intento del progetto prevede la definizione di un unico questionario di autovalutazione, comune a tutte le strutture coinvolte.

L'identificazione degli esami diagnostici a cui sottoporre il paziente nel percorso preoperatorio prevede la stratificazione in funzione di variabili legate a:

- Complessità delle procedure chirurgiche (Grading)
- Predittori di rischio clinico (CR)
- Rischio anestesiologicalo (ASA)

Gli esami ritenuti utili devono essere in grado di determinare una valutazione preoperatoria appropriata, riducendo il numero dei test effettuati in assenza di indicazioni cliniche, eliminando ritardi o cancellazioni di interventi chirurgici a causa di una valutazione preoperatoria inadeguata.

Terzo step – Valutazione del questionario

Il questionario viene preso in carico dal medico anestesista che sulla base delle risposte attribuisce un punteggio (ove possibile, nei casi di compilazione su supporto elettronico, l'attribuzione è resa automatica).

Se il punteggio risulta inferiore a un determinato *cut-off*, (pari a 1) il paziente viene definito idoneo al ricovero, senza necessità di prericovero (non è ulteriormente contattato dall'anestesista), ed eseguirà la visita anestesiologicala al momento del ricovero. Il questionario di autovalutazione, il cui uso è

raccomandato per facilitare l'indagine anamnestica, integra dunque la visita anestesiologicala, ma non la sostituisce.

Se l'anestesista ritenesse comunque necessario valutare un paziente con score inferiore a 1, può modificare questo snodo del percorso (esercizio della possibilità di *over-ride*) e richiedere l'accesso al Quarto step.

Quarto step - Telemedicina

Se il punteggio è uguale o superiore a 1, il rischio perioperatorio del paziente è maggiore, e ricade nella classe ASA-2, o superiori. Il soggetto candidato alla chirurgia elettiva è dunque valutato dall'anestesista mediante una televisita, con lo scopo di definire più compiutamente il rischio perioperatorio, ai fini della scelta chirurgica e della pianificazione delle risorse necessarie.

Tale televisita/ valutazione è funzionale a:

- ottenere informazioni diagnostiche e supplementari;
- fornire indicazioni 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 anestesiologicala;
- Ridurre il rischio o aumentare il beneficio modificando se necessario il percorso clinico;
- Aiutare a valutare il potenziale rischio (prevedere la possibilità d'informare il paziente di un potenziale aumento del rischio)
- Prevedere le possibili complicanze post-operatorie;
- Stabilire dei riferimenti di base utilizzabili per un'ulteriore valutazione post-operatoria
- Stabilire l'opportunità di effettuare screening non correlati con l'intervento chirurgico.

A seguito di questa televisita, il paziente può essere indirizzato al ricovero senza necessità di esami di prericovero. Alternativamente l'anestesista può ritenere più sicuro far accedere il paziente ad un percorso di prericovero standard per una migliore valutazione o per l'esecuzione di accertamenti preliminari da lui stesso definiti.

Strumenti informatici:

Tutte le strutture di GSD aderiscono al progetto *Connected Care* sviluppato in applicazione alla normativa nazionale¹⁷ e regionale⁸⁻¹⁰ in materia. Tale progetto, che prevede anche la funzionalità di telemedicina, permette di effettuare visite virtuali da dispositivo mobile o pc, condividere bilateralmente documenti e dunque di integrare la televisita nel percorso di prericovero. La piattaforma *Connected Care* è certificata per la compliance alla normativa sulla Protezione dei Dati (GDPR¹¹).

Il superamento del percorso fisico mediante la telemedicina richiede, come detto, la predisposizione di percorsi condivisi multidisciplinari nel rispetto delle Linee Guida e delle Buone Pratiche esistenti. Inoltre, diventa necessario adattare la piattaforma *Connected Care* per l'utilizzo dei dati raccolti.

Il supporto informatico, necessario per il cambiamento del processo, richiede specifica formazione del personale coinvolto per formarlo relativamente ai nuovi percorsi.

Coinvolgimento dei pazienti e dei *care giver*:

Come recita la Norma nazionale “Le competenze digitali e la conseguente formazione di operatori sanitari ed utenti rappresentano fattori fondamentali allo sviluppo e all’implementazione dei servizi di telemedicina (...). Pertanto, sia il personale sanitario che i pazienti e il loro *caregiver* dovranno ricevere un’adeguata formazione in merito all’uso degli strumenti messi a disposizione per l’erogazione delle prestazioni in telemedicina”⁶.

Per gli operatori si è già detto. Per quanto riguarda i destinatari di questa parte del progetto (pazienti o loro *care giver*), in fase iniziale sono selezionati come più idonei pazienti con migliori aspettative di compliance alla telemedicina in considerazione di fattori personali (ad esempio l’età fino a 70 anni; precedenti pre-ricoveri), culturali (quali il grado di scolarizzazione) e sociali (ad esempio la possibilità di un collegamento a Internet mediante banda larga o ultra-larga presso il domicilio).

Quinto step - Digitalizzazione – ed interoperabilità

In base alla digitalizzazione in essere nelle strutture coinvolte nel progetto, il percorso di presa in carico dei pazienti potrà essere gestito attraverso software dedicato.

In tal senso IRCCS Ospedale Galeazzi Sant’Ambrogio ha già in essere da tempo una piattaforma tecnologica di *machine learning*, specificatamente progettata per il settore *digital healthcare*.

Tale piattaforma consente oltre ad altre funzionalità (programmazione dei blocchi operatori, elaborazione del budget strategico, pianificazione logistica operativa giornaliera) una gestione efficiente del percorso dei pazienti, dalla lista d’attesa alla seduta operatoria. La gestione del questionario di autovalutazione anestesiologicala (invio, ricezione, valutazione) si inserisce in tale percorso digitalizzato.

Questa piattaforma permette di garantire un flusso fluido e sicuro di informazioni operative e/o cliniche cruciali per migliorare la qualità delle cure (*interoperabilità*) ed ottimizzare l’esperienza del paziente. Garantisce coordinamento e scambio di informazioni in tempo reale con le funzioni interessate nel processo (*collaborazione*).

Sesto step - La valutazione degli esiti e delle performance sanitarie

Per la valutazione degli esiti e della performance del nuovo percorso, saranno registrate informazioni utili a ricavare gli indicatori descritti nel punto 12 del Documento di Sintesi prodotto (Condivisione di indicatori di monitoraggio).

Si prevede di includere indicatori di processo, di outcome e rischio clinico, di appropriatezza del percorso. Ad esempio:

1. Il numero di pazienti che hanno aderito al percorso di telemedicina proposto sul totale dei pazienti arruolabili.
2. Il numero di pazienti che, dopo aver effettuato la visita in telemedicina, hanno necessità di concludere la loro valutazione mediante prericovero in presenza.
3. Il numero dei pazienti indirizzati al ricovero, senza prericovero, fermati prima dell’intervento in base al rischio stimato dall’anestesista nel momento della rivalutazione preoperatoria [efficacia del questionario o della televisita; *near-miss*].

4. La percentuale dei casi in cui è stato necessario modificare il management programmato del paziente (ad esempio rinvio dell'intervento ad altra data; rivalutazione del rischio perioperatorio e riprogrammazione presso altra sede).
5. Il numero degli interventi cancellati sul totale dei programmati, confrontati con i dati rilevati nello stesso arco temporale dell'anno precedente.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Si prevede che i costi derivanti dall'implementazione e dalla realizzazione comprendano almeno i seguenti.

Per la predisposizione del Documento di Sintesi, sarà necessario quantificare l'impegno temporale delle risorse coinvolte, oltre a quanto necessario come risorse per il recupero e l'analisi della letteratura.

Il modello organizzativo adottato nelle diverse strutture coinvolte, anche in base al grado di digitalizzazione in essere presso le singole strutture, può influire sui seguenti costi:

- Formazione del personale amministrativo e sanitario (medici, personale infermieristico del servizio di prericovero).
- Costi di implementazione del percorso di invio/ricezione dei questionari.
- Costi aggiuntivi per l'adeguamento o l'innovazione digitale (piattaforma di telemedicina per televisita).
- Organizzazione della valutazione dei questionari (turnistica degli anestesisti dedicati)
- Riorganizzazione amministrativa delle chiamate al prericovero

Una componente di risparmio dei costi è attesa dall'aumento dell'efficacia di uso delle sale operatorie, intesa come riduzione degli eventi di cancellazione di interventi all'ultimo momento²⁶.

Dal punto di vista dei pazienti, considerazioni di costo-efficacia (*cost-effectiveness*) sono state analizzate da parte di NICE nello sviluppo delle proprie linee guida^{30, 24}. "Pertanto, se l'evidenza suggerisce che una strategia fornisce benefici significativi per la salute a un costo accettabile per paziente trattato, dovrebbe essere raccomandata anche se sarebbe costosa da implementare in tutta la popolazione"^{30, 24}.

RISULTATI ATTESI

Risultati di Processo Clinico

I benefici attesi per i pazienti includono la maggior appropriatezza nell'esecuzione di esami in prericovero effettuati a seguito di valutazione anamnestica, la condivisione delle decisioni, la preparazione ottimale.

In particolare la valutazione anestesiologicala attraverso lo strumento predisposto consente una valutazione approfondita delle loro condizioni di salute, la stratificazione del rischio (in base alla complessità degli interventi chirurgici —Grading Chirurgico— e al rischio anestesiologicalo —Classe ASA—) e l'adozione di misure preventive o di trattamento precoci per ridurre il rischio di complicanze e migliorare il recupero post-operatorio, l'esito complessivo dell'intervento e la qualità di vita.

Attraverso un'adeguata valutazione iniziale, i pazienti a basso rischio possono evitare esami e procedure non necessari, evitando allarmismi e possibili inutili percorsi diagnostici nel caso di risultati di esami in screening falsi positivi.

La standardizzazione del percorso di prericovero in relazione alle condizioni soggettive del paziente e al suo rischio individuale consente comunque la personalizzazione delle decisioni da parte dell'anestesista e del chirurgo (possibilità di *over-ride*). Ad esempio, l'override può essere attivato nel caso in cui siano necessari percorsi particolari per la preparazione (ad esempio, il percorso PBM — Patient Blood management).

Risultati Economici

La maggiore appropriatezza degli accertamenti preoperatori richiesti porta a una riduzione dei costi diretti.

Inoltre, come accennato, il maggior numero di risultati di test di laboratorio falsi positivi, atteso in caso di richieste di routine su tutti i pazienti in attesa di intervento, attiva una serie di accertamenti non utili. Anticipare la valutazione dell'anestesista alla prescrizione di esami preoperatori, riduce il numero di esami richiesti, di conseguenza il numero di risultati falsi positivi, con una diminuzione degli accertamenti secondari, e di conseguenza dei costi da essi derivanti.

Peraltro l'utilizzo di uno step intermedio di valutazione dei pazienti stratificati a priori in interventi a basso rischio (chirurgia minore, intermedia), mediante un questionario di autovalutazione ed eventualmente di una televisita, permette comunque di dedicare la dovuta attenzione al percorso dei pazienti di rischio aumentato, certo o sospetto, riducendo la probabilità di dover rinviare un intervento programmato solo a seguito della valutazione anestesiologicala in occasione della visita pre-operatoria. Di conseguenza ci si attende una riduzione di inefficacia di programmazione delle sale operatorie, e una riduzione di inefficienza produttiva in caso di mancato utilizzo.

Anche la letteratura suggerisce che "il costo maggiore è rappresentato dal cattivo utilizzo delle sale operatorie e dalle cancellazioni dell'intervento all'ultimo momento per cui diviene fondamentale l'accuratezza della valutazione preoperatoria al di là dello stesso rapporto costo-efficacia dei singoli accertamenti diagnostici²⁶".

Risultati di Processo Organizzativo

Il nuovo percorso proposto ha come primo risultato atteso, dal punto di vista organizzativo, la riduzione del numero di pazienti che accedono al servizio di prericovero.

Di conseguenza, il sovraffollamento degli spazi dedicati all'attività di prericovero si dovrebbe ridurre, e ci si attende anche un miglior impiego degli spazi dedicati al prelievo, all'esecuzione degli ECG e alle visite mediche (anestesiologicalhe in primis).

La definizione di un percorso differenziato per i pazienti che comunque devono accedere al prericovero dopo la valutazione in telemedicina, potrebbe permettere una gestione ad hoc con una riduzione dei tempi di presenza dei pazienti presso gli spazi dedicati al prericovero.

Da tutto ciò ci si attende un impatto positivo sull'attività professionale (minor pressione sui tempi di visita), un miglior impiego delle risorse umane (distribuzione delle ore settimanali di anestesisti dedicati all'attività di prericovero), una riduzione delle ore dedicate all'attività di prericovero da parte dei servizi diagnostici (laboratorio, diagnostica per immagini e cardiologia soprattutto), e una maggior soddisfazione percepita dagli utenti.

La riduzione delle richieste di accertamenti ai servizi di diagnostica per immagini e di cardiologia, attesa come conseguenza del nuovo percorso, permette sia l'allocazione delle risorse diagnostiche a favore dei pazienti di prericovero che presentano maggior bisogno con un minor tempo di programmazione —con riduzione dei tempi necessari per la valutazione dell'idoneità all'intervento— sia la liberazione di un certo numero di slot a favore di pazienti ambulatoriali.

L'indicatore che “permette di valutare l'efficienza organizzativa delle attività propedeutiche e di preparazione all'intervento chirurgico³”, e calcolato come “differenza fra la data di ricovero e la data in cui è stato eseguito il prericovero³”, è il Tempo di Idoneità³. La riorganizzazione del percorso di valutazione in fase di prericovero dovrebbe condurre a una maggiore efficienza valutativa, per la riduzione del numero dei casi di pazienti che richiedono accertamenti imprevisti o inutili, e di conseguenza a una maggior efficienza organizzativa (Tempo di Idoneità), con riduzione del numero dei ricoveri che vengono posticipati rispetto alla programmazione iniziale per l'attivazione di ulteriori percorsi diagnostici imprevisti o inutili.

La certezza che i pazienti, anche a basso rischio, siano valutati in modo standardizzato e che gli accertamenti siano richiesti sulla base di una valutazione preliminare dovrebbe condurre anche alla riduzione degli interventi chirurgici cancellati per motivi clinici inattesi.

Va inoltre tenuto presente che nella maggior parte dei casi l'anestesista che valuta i pazienti in prericovero non è lo stesso professionista che somministra l'anestesia e che rivaluta il paziente prima di essa. La condivisione dei percorsi valutativi e di richiesta di accertamenti riduce le cancellazioni dell'ultimo momento (“*same-day surgery cancellations*³⁵”) dovute alla percezione (componente soggettiva), da parte di un anestesista, di una valutazione errata o non eseguita da parte di un altro collega³⁵.

CONCLUSIONI

L'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche è alla base dei principi di sostenibilità che dovrebbe caratterizzare la medicina moderna.

In quest'ottica le strutture del Gruppo San Donato hanno avviato di un progetto pilota per elaborare una metodologia allo scopo di standardizzare i comportamenti, governare la domanda degli accertamenti diagnostici, contenere la spesa, nonché integrare e coordinare nella gestione del percorso chirurgico i diversi professionisti coinvolti.

Il progetto intende applicare i principi/indicazioni enunciate dalle *Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*³ che indicano la necessità di “*una efficiente gestione dell'intero percorso chirurgico al fine di contribuire alla sostenibilità economica del SSN, alla sicurezza del paziente e degli operatori sanitari*”.

Numerose evidenze scientifiche, linee guida e best practice indicano gli “*approcci metodologici più efficaci e diffusi per organizzare l'intero percorso chirurgico. Tra questi si stanno sempre più diffondendo la medicina basata sul valore che ha per obiettivo il miglior rapporto possibile tra l'esito delle cure e la spesa sostenuta per realizzarle*³”.

Ancora dette Linee di Indirizzo, relativamente al percorso del pre-ricovero: “*In un'ottica di ottimizzazione del percorso, riduzione del disagio e umanizzazione delle cure è auspicabile una presa*

in carico personalizzata del paziente per pianificare l'iter previsto per l'inquadramento diagnostico in funzione dell'intervento chirurgico proposto³".

Ancora troppo spesso la valutazione preoperatoria del paziente chirurgico avviene dopo l'esecuzione di accertamenti prescritti routinariamente.

Tutto questo in contrasto con quanto riportato in letteratura che prevede una valutazione soggettiva del paziente, coadiuvata da eventuale richiesta di esami mirati; nella valutazione preintervento la valutazione anamnestica è il passaggio fondamentale e irrinunciabile al termine del quale si decidono gli eventuali successivi accertamenti o direttamente l'idoneità dell'intervento. Gli accertamenti richiesti devono essere appropriati, aggiornati secondo le migliori evidenze scientifiche e sostenibili, indirizzati ad esplorare nel paziente le aree di interesse per un'anestesia ed una chirurgia sicure.

Va ricordato comunque che linee guida redatte con il contributo di esperti designati da società scientifiche e basate sulla valutazione obiettiva della letteratura scientifica tenderanno sempre di più a sostituire il parere di singoli esperti nella valutazione del comportamento professionale appropriato anche in sede medico legale. Una pedissequa applicazione delle Linee Guida non esclude che l'anestesista possa essere chiamato, nel caso concreto a rispondere della correttezza del suo operato. Le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida vanno correttamente interpretate e adattate al caso singolo sotto la responsabilità individuale dell'anestesista. Una ragionata applicazione di Linee Guida al caso concreto può servire all'anestesista a documentare la appropriatezza del proprio comportamento anche in presenza di eventuali danni che configurino l'attualizzarsi di un rischio che nella pratica medica è ineliminabile.

Le linee Guida pubblicate e la quasi totalità di lavori disponibili concorda rispetto a quanto riportato. In ambito Regionale vanno citate le linee guida prodotte dall'Ospedale Niguarda "Cà Granda" di Milano e dall'Agenzia Regionale della Sanità (ARS) dell'Emilia-Romagna.

Nonostante l'ampia convergenza e l'univocità delle linee guida la prassi quotidiana all'interno degli ospedali non si è sostanzialmente modificata.

Infatti, come riportato in letteratura, il 60-70% dei test preoperatori è richiesto non sulla base della storia clinica del paziente o del risultato dell'esame obiettivo.

Quotidianamente vengono prescritti pannelli di esami molto più ampi di quelli consigliati. Le motivazioni di questo comportamento sembrano prevalentemente di tipo personale più che scientifico, e sostanzialmente legate ad una routine collaudata e acritica oltre che ad un'esigenza di autotutela nei confronti di possibili questioni medico legali.

Il progetto pilota è quindi finalizzato a individuare un percorso che eviti rischi per il paziente, riduca i problemi medico-legali, contenga i costi rendendo, in ultima analisi, più sicuro l'atto chirurgico.

Gestione organizzativa del percorso perioperatorio attraverso l'utilizzo di questionari di valutazione preoperatoria (pazienti autonomi o assistiti dai propri *care giver*), già in uso in molte realtà come metodo di screening, e valutazione preoperatoria con stratificazione del rischio anestesiologicalo, sono raccomandati dalla letteratura. In questo caso il loro ruolo passerebbe da sistemi per effettuare una prima scrematura a una vera e propria guida del percorso successivo, in modo da stabilire, sulla base di protocolli definiti per patologia, intervento e caratteristiche locali, il bisogno di esami laboratoristici e/o strumentali, consulenze etc. da somministrare ai pazienti

Il progetto si avvale, quale strumento per migliorare la presa in carico, di strumenti di telemedicina per effettuare visite virtuali, anestesiologicalhe o di eventuali altri specialisti, condividere bilateralmente documenti e integrare la televisita nel percorso di prericovero. E, almeno per l'IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio, l'utilizzo di una piattaforma tecnologica di *machine learning*, specificatamente progettata per il settore *digital healthcare*.

Un percorso di questo tipo impone un grande sforzo organizzativo e forti implicazioni manageriali.

La direzione aziendale (in particolare la figura del Direttore sanitario) ha il compito di guidare tutte le fasi del processo.

La leadership ed il coinvolgimento della Direzione strategica, non solo nelle fasi iniziali al fine di esplicitare le esigenze organizzative, ma anche nelle fasi successive come guida e decisore delle questioni più cruciali, rappresentano un punto fondamentale per intervenire efficacemente su un processo strutturato come quello chirurgico.

Dalla direzione strategica deve iniziare il coinvolgimento degli operatori e lo sviluppo dei gruppi di lavoro.

In particolare, la costituzione di gruppo multiprofessionali ad hoc, organizzati, riconosciuti, formalizzati e sostenuti con intenti chiari ed azioni trasparenti, diventa una leva fondamentale per il cambiamento.

La scelta strategica per favorire l'implementazione ed eventualmente la trasferibilità del nuovo percorso include l'istituzione di un gruppo multidisciplinare, multiprofessionale e interaziendale che possa definire un questionario di autovalutazione unico sulle strutture coinvolte (con l'intento di condividere il recepimento e l'implementazione locale delle linee guida nazionali e internazionali identificate), ma che al contempo permetta di definire l'ambito di implementazione del nuovo percorso di valutazione dei pazienti candidati a interventi chirurgici in elezione a livello del singolo presidio, adeguando il perimetro applicativo all'organizzazione e all'offerta locali.

CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)

**Ileana Albani, Direttore Sanitario di Presidio,
Istituto Clinico San Siro di Ente Ospedale Galeazzi S.p.A.**

L'Istituto Clinico San Siro è una struttura sanitaria privata accreditata dell'Ente "Istituto Ortopedico Galeazzi S.p.A.", a prevalente vocazione ortopedico riabilitativa.

L'attività chirurgia della struttura, intesa come Day-Surgery, Chirurgia in ricovero e Chirurgia a Bassa Intensità di Cura (BIC) è così suddivisa:

Chirurgia vascolare

Chirurgia Ortopedico-traumatologica

Oculistica

Presso l'Istituto è allestita un'attività dedicata al Prericovero e in base alla letteratura e alla pratica clinica sono stati individuati dei profili di esami ematochimici e diagnostici per complessità di procedure chirurgiche.

I pazienti candidati all'intervento sono avviati a due percorsi diversi a seconda che si tratti di chirurgia protesica o di altri interventi secondo il seguente schema:

<i>Pazienti per chirurgia protesica</i>	<i>Altri Pazienti</i>
Questionario anamnestico di routine	Questionario anamnestico di routine – Per interventi su mano, cataratta questionario anamnestico breve
ECG	ECG
Prelievo ematico con esami completi con gruppo sanguigno secondo protocollo	Prelievo ematico senza gruppo sanguigno secondo protocollo – per l'intervento di cataratta non sono previsti esami ad eccezione per i pazienti in terapia con anticoagulanti che eseguono PT e PTT
Visita anestesiologicala	Visita anestesiologicala
Esami radiologici	-
Visita specialistica	Visita specialistica
Eventuali esami strumentali e altre consulenze specialistiche se ritenuti necessari dal cardiologo, dall'anestesista e dal medico specialista	Eventuali esami strumentali e altre consulenze specialistiche se il quadro clinico lo prevede

La partecipazione dell'Istituto Clinico San Siro a questo progetto pilota ha lo scopo di definire un percorso alternativo a quello attuale collocando la valutazione anestesiologicala, sulla base dei questionari anamnestici compilati dai pazienti, prima dell'esecuzione degli esami previsti dai protocolli in vigore. Questo comporta in prima battuta un migliore utilizzo degli spazi dedicati al prericovero, attualmente condivisi con quelli di attesa per le visite ambulatoriali, in quanto se ne eviterebbe il sovraffollamento. Inoltre, il nuovo percorso è organizzato in modo da ridurre gli esami eseguiti, creando, in base alla valutazione del questionario ed al colloquio con il paziente, un percorso personalizzato con l'esecuzione solo degli esami necessari evitando lo spostamento fisico dei pazienti, soprattutto per quelli che arrivano da altre regioni o da zone molto distanti da Milano.

L'impiego in questo progetto della telemedicina/video-visita può fare decollare presso il nostro Istituto l'utilizzo di questo strumento ancora poco usato, semplificando il rapporto medico paziente e promuovendo il confronto multidisciplinare fra professionisti.

**Morena Bissolati, Direttore Sanitario di Presidio,
IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio di Ente Ospedale Galeazzi
S.P.A.**

IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio (OGSA) è stato, attraverso il proprio Responsabile Anestesista, il promotore del progetto pilota.

L'utilizzo della telemedicina nella gestione del periodo Covid e l'implementazione, da tempo, di una piattaforma tecnologica progettata per la gestione del percorso del paziente chirurgico hanno rappresentato uno stimolo per medici, dirigenza e sistemi informativi di OGSA, per integrare tale gestione con una nuova ed innovativa organizzazione.

La valutazione anestesiologicala, così come descritta nel progetto, ne rientra a pieno titolo.

L'ambito di applicazione previsto, nella fase di start up, riguarderà gli interventi di chirurgia minori e intermedi afferenti alle UU.OO di Ortopedia, Neurochirurgia, Maxillo facciale e Chirurgia Plastica, eseguiti nel blocco operatorio o nelle sale dedicate alla chirurgia a bassa complessità assistenziale (in quanto gestite dallo stesso servizio di anestesia e rianimazione rispetto alle altre UU.OO chirurgiche presenti in assetto).

Il questionario anestesiologicalo, gestito attraverso la piattaforma digitale in tutte le fasi del flusso (invio, ricezione, valutazione punteggio automatico) è sviluppato, in collaborazione con l'IT. Elaborati gli item del questionario e il testo della comunicazione rivolta al paziente, inviato a mezzo SMS, e compilabile attraverso accesso a un link collegato alla maschera "anestesisti" dell'applicativo aziendale (digitalizzazione del processo).

Il sistema di telemedicina tramite la piattaforma *Connected Care* è già presente e implementato.

Luca Carpinelli, Direttore Sanitario di Azienda, Istituti Clinici Zucchi

Il Presidio di Monza degli Istituti Clinici Zucchi ha un Dipartimento Chirurgico al quale afferiscono le specialità di Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia e traumatologia e Ostetricia e ginecologia, con 81 letti di degenza ordinari e diurni e 8 posti per Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC) presenti in una UO a valenza dipartimentale.

Nel corso degli anni 2020 e 2021 l'Equipe residente di Anestesia e rianimazione ha iniziato un progetto, in collaborazione con i colleghi dell'IRCCS Galeazzi, per il trasferimento di alcune fasi della valutazione dei medici anestesisti presso il servizio di pre-ricovero su piattaforma di telemedicina.

L'attività svolta aveva analizzato i percorsi specifici per alcune tipologie di interventi di chirurgia elettiva minore e intermedia (chirurgia della mano) e aveva ipotizzato flussi di valutazione anestesiologicala che potessero essere erogati mediante la piattaforma di telemedicina.

Si era cercato di uniformare un questionario da autosomministrare ai pazienti per la valutazione preliminare del rischio perioperatorio, allo scopo di selezionare i pazienti che potessero essere inviati direttamente al ricovero, quelli che sarebbero stati instradati sul normale percorso di pre-ricovero, e quelli, infine, che richiedessero un ulteriore step di valutazione preliminare da parte dell'anestesista mediante televisita.

A seguito di modifiche della composizione dell'organico medico e dalla definizione di diversi obiettivi aziendali e di Gruppo (tra i quali la modifica della piattaforma di telemedicina), il progetto si era fermato, per essere poi nuovamente attivato con questo project work.

L'organizzazione attuale del servizio di prericovero prevede già oggi un questionario che viene inviato ai pazienti residenti fuori regione, per permettere agli anestesisti di ottimizzare il percorso dei

candidati a chirurgia elettiva (suggerendo quale documentazione sanitaria sembra indispensabile recare con sé in considerazione delle notizie raccolte).

Lo stesso questionario è somministrato, presso il servizio di pre-ricovero, ai pazienti in appuntamento per intervento di cataratta (BIC).

A parte alcune peculiarità per alcuni percorsi chirurgici (ad esempio protesica ortopedica maggiore, chirurgia della tiroide e delle vie biliari) che richiedono specifici accertamenti ulteriori, il giorno del prericovero i pazienti sono sottoposti a un prelievo venoso e a un elettrocardiogramma, e sono visitati dall'anestesista, che definisce i casi in cui si rende necessaria una visita cardiologica o di altra specialità, piuttosto che prestazioni diagnostiche ulteriori.

Maria Teresa Cuppone, Direttore Sanitario di Azienda, IRCCS Policlinico San Donato

L'IRCCS Policlinico San Donato è un Ospedale accreditato con il SSN ed è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per le malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto e nel bambino.

È dotato di 420 posti letto di degenza accreditati, ai quali si aggiungono 4 posti MAC, 9 posti BIC e 19 posti del servizio Dialisi.

Il Policlinico ha aderito al progetto già in una fase avviata di miglioramento del percorso del prericovero.

Sono state riviste alcune fasi del processo.

Le indagini preoperatorie vengono effettuate sulla base di linee guida consolidate e gli esami previsti in base alle classi (1-2-3).

Sono stati eliminati i questionari che venivano autocompilati dai pazienti e sostituiti da quelli somministrati dagli operatori.

Questo comporta una migliore gestione sia in termini di efficienza che di efficacia.

I questionari così detti negativi prevedono l'avvio al prericovero a ridosso del ricovero, a volte anche nello stesso giorno.

I questionari ritenuti positivi, vengono subito attenzionati agli anestesisti che si attivano chiedendo al paziente ulteriori accertamenti oppure a convocarli al prericovero almeno dieci giorni prima del ricovero.

Questi approfondimenti, in particolare per il paziente fuori regione, creano per lo stesso un disagio perché comportano un viaggio in più e sostegno di ulteriori spese.

La telemedicina (televisita/videomeeting) permetterebbe una stratificazione dei pazienti senza valutazione in sede di prericovero.

Rimane da fare per completare la valutazione anestesiologicala, lo studio delle vie respiratorie per i pazienti che devono essere intubati.

Il progetto pilota riguarda la piccola e media chirurgia

Al momento non è prevista la digitalizzazione perché non provvisti della piattaforma.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Legge n. 24 del giorno 08 marzo 2017. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
2. Conferenza Stato-Regioni. Intesa n. 16 del 20 febbraio 2014. Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali.
3. Conferenza Stato-Regioni. Accordo n. 100 del 09 luglio 2020. Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato.
4. Conferenza Stato-Regioni. Accordo n. 215 del 17 dicembre 2020. Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.
5. Ministero della Salute. Decreto ministeriale del 29 aprile 2022. Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».
6. Ministero della Salute. Decreto ministeriale del 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio.
7. Ministero della Salute. Decreto ministeriale del 30 settembre 2022. Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. Allegato B. Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina.
8. Regione Lombardia. DGR n. X/6502 del 21/04/2017. Determinazioni in ordine alla proposta Dell'agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il piano dei controlli quadro ed il piano dei protocolli ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera A), L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e L.R. n. 41/2015 (A seguito di parere della Commissione Consiliare).
9. Regione Lombardia. DGR n. XI/3528 del 05/08/2020. Indicazioni per l'attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (televisita).
10. Regione Lombardia. DGR n. XII/1475 del 04/12/2023. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1, Sub-Investimento 1.2.3.2. “Servizi di telemedicina” – Modello organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina.
11. GDPR - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

BIBLIOGRAFIA

12. Ospedale Niguarda di Milano: Linee guida per la valutazione anestesiologicala preoperatoria, 1996.
13. Tait AR, Parr HG, Tremper KK. Evaluation of the efficacy of routine preoperative electrocardiograms. J Cardiothorac Vasc Anesth 1997; 11:752-55

14. SIAARTI - Gruppo di Studio per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: Raccomandazioni per la valutazione anestesiologicala in previsione di procedure diagnostiche terapeutiche in elezione, 1998.
15. ANAES. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: Recommandations et références médicales les examens préopératoires systématiques, 1998.
16. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna: Linee guida per un uso appropriato degli esami preoperatori, 1999.
17. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043–9
18. B. Biagioli, G. Catena, G. Clementi, G. Grillone, M. Merli, M. Ranucci. Linee Guida SIAARTI. Raccomandazioni per la gestione perioperatoria del cardiopatico da sottoporre a chirurgia non cardiaca. *Minerva Anestesiol* 2000; 66:85-104.
19. Schein OD, Katz J, Bass EB, et al. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. *N Engl J Med* 2000; 342:168-75
20. British Columbia Medical Association: Preoperative Testing, 2000.
21. Wilton A. van Klei, Karel G.M. Moons, Charles L.G. Rutten, Anke Schuurhuis, Johannes T.A. Knape, Cornelis J. Kalkman, Diederick E. Grobbee. The Effect of Outpatient Preoperative Evaluation of Hospital Inpatients on Cancellation of Surgery and Length of Hospital Stay. *Anesthesia & Analgesia* 2002; 94:644–9.
22. Liu LL, Dzankic S, Leung JM. Preoperative electrocardiogram abnormalities do not predict postoperative cardiac complications in geriatric surgical patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1186 –91
23. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Preoperative Tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery. 2003
24. NHS National Institute for Clinical Excellence: Preoperative tests (update). Routine preoperative tests for elective surgery. Clinical guideline NG45. Methods, evidence and recommendations. April 2016
25. M. Ruscio. Esami preoperatori: il documento NICE Riv. Atti SIMeL. L'appropriatezza diagnostica di laboratorio. Vicenza, 27-28/05/04. *Med Lab JLM* Vol.5 n.2 2004
26. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Valutazione preoperatoria del paziente da sottoporre a chirurgia elettiva. Linee guida nazionali di riferimento. Pubblicazione. Luglio 2005.
27. American College of Cardiology, American Heart Association. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery. (Revision of 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery)
28. Istituto Superiore di Sanità: Linee Guida sull'utilizzo degli esami preoperatori confronto analitico delle principali raccomandazioni, 2008
29. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preoperative evaluation. 1997 (revised 2008)

SITOGRAFIA

30. NICE. Routine preoperative tests for elective surgery. Update 2016 Disponibile alla pagina: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45> [Data di accesso: 11/08/2024].

31. Cartabellotta A, Anzellotti GM. Linee guida per la richiesta appropriata dei test preoperatori nella chirurgia elettiva. Evidence 2017; 9(1): e1000160 doi: 10.4470/E1000160. Su <https://www.evidence.it/articolodettaglio/596/it/511/linee-guida-per-la-richiesta-appropriata-dei-test-preoperatori-/articolo> [Data di accesso: 11/08/2024].
32. Raccomandazioni sulla prescrizione degli esami preoperatori nel percorso chirurgico in elezione. ASUR Marche. 07/05/2018. Su <https://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/ASUR2018/allegati/406DG%20-%20all.pdf> [Data di accesso: 11/08/2024].
33. Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare. Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio (SIPMeL). Data stesura: aprile 2017. Ultima revisione settembre 2023. Su <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-prof/non-richiedere-di-routine-esami-di-laboratorio-pre-operatori-in-pazienti-a-basso-rischio-di-classe-asa-american-society-of-anesthesiology-1-paziente-in-buona-salute-o-2-patologia-sistemica-di-lie/> [Data di accesso: 11/08/2024].
34. Canadian Anesthesiologists' Society. Don't order baseline laboratory studies (complete blood count, coagulation testing, or serum biochemistry) for asymptomatic patients undergoing low-risk non-cardiac surgery. Su <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/anesthesiology/> [Data di accesso: 11/08/2024].
35. Canadian Association of Pathologists. Avoid routine preoperative laboratory testing for low risk surgeries without a clinical indication. Su <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/pathology/> [Data di accesso: 11/08/2024].
36. Ministero della Salute. Portale eHealth – Sanità digitale. Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina. (Home / Argomenti - Telemedicina / Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina). Data di ultimo aggiornamento 18 gennaio 2024. Su <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina> [Data di accesso 16/08/2024]