DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0002047	30/10/2026

OGGETTO: Percorso Perioperatorio del Paziente in Day Service Oculistico – Chirurgia della Cataratta

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260002361 DEL 27/10/2026
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 6 (sei) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 28 (ventiotto) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
Firmato Digitalmente il 28/10/2026 17:11 Rachele POPOLIZIO	*Firmato Digitalmente il 29/10/2026 12:45* Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
Firmato Digitalmente il 30/10/2026 16:11 Luca TALIENTO	*Firmato Digitalmente il 30/10/2026 15:57* Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **30/10/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 30/10/2026 16:21
Luca TALIENTO

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	**Adozione della Procedura Aziendale "Percorso Perioperatorio del Paziente in Day Service Oculistico – Chirurgia della Cataratta", Rev. 0.**

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dalla dott.ssa Crescenza Abbinante, direttrice ff della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del "Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente";
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all'Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020;
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale. modifica art. 2, art. 3, art.7.

Premesso che

- il Day Service è un regime di presa in carico limitato alle ore diurne, finalizzato all'effettuazione di interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche invasive o semi-invasive, e l'intervento di cataratta rientra tra gli interventi a Bassa Intensità Chirurgica (BIC), eseguiti di norma in anestesia topica o locale, con basso rischio di complicanze sistemiche e recupero rapido;
- la popolazione candidata alla chirurgia della cataratta è prevalentemente anziana e spesso portatrice di comorbilità, e le principali linee guida nazionali e internazionali raccomandano di privilegiare, nell'inquadramento preoperatorio, la raccolta anamnestica e la valutazione clinica, riservando esami di laboratorio e strumentali e visita anestesiologica ai soli pazienti con condizioni a rischio;
- attualmente i pazienti seguono un percorso preparatorio standard, che prescinde da un inquadramento individuale, con indicazioni a esami preoperatori e visite specialistiche spesso inappropriate, che generano costi e prolungamento delle liste di attesa senza modificare il rischio operatorio;
- le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" prevedono che il pre-ricovero sia appropriato, tempestivo e finalizzato alla valutazione dell'idoneità chirurgica, con esami preparatori personalizzati e finalizzati;

Visti

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., "Riordino della disciplina in materia sanitaria";

- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2002 "Linee guida per le attività di day surgery";
- il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist" del Ministero della Salute (ottobre 2009) e la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza";
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- l'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 9 luglio 2020 sul documento "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato";
- il Regolamento Regionale Puglia 20 agosto 2020, n. 15, recante la definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche;
- la D.G.R. Puglia 25 luglio 2022, n. 1065, di approvazione definitiva del regolamento regionale di modifica e integrazione del Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 15;
- la Linea Guida AIMO-SIAARTI-SISO-SIFoP "La chirurgia della cataratta dell'adulto" (Sistema Nazionale Linee Guida, 2022);
- le raccomandazioni Choosing Wisely Italy di SIAARTI e SIRM e la linea guida NICE NG45 sugli esami preoperatori di routine nella chirurgia elettiva;

Considerato che

- si è reso necessario standardizzare e rendere omogeneo, in tutte le sedi aziendali di Day Service oculistico, il percorso perioperatorio del paziente candidato a intervento di cataratta, definendo in modo univoco criteri di inclusione, modalità di accesso, appropriatezza degli esami e delle consulenze preoperatorie e responsabilità dei professionisti coinvolti;
- la riduzione delle prescrizioni inappropriate di esami e consulenze, degli accessi non necessari alle strutture e dei tempi di attesa tra prima visita e intervento migliora il comfort del paziente e l'uso delle risorse, senza modificare il rischio chirurgico o anestesiologico;

Dato atto che

a tal fine, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da professionisti afferenti a U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione; Dipartimento di Anestesia e Rianimazione; Dipartimento Neurosensoriale, U.O.S.A.V.S. Servizio delle professioni sanitarie ospedaliero – territoriali che ha redatto la procedura in oggetto;

Dato atto che la procedura:

- si applica ai pazienti da sottoporre a intervento di cataratta presso tutti i Presidi Territoriali d'Assistenza e i Presidi Ospedalieri della ASL Bari nei quali si svolge l'attività di Day Service oculistico;
- articola il percorso perioperatorio in un Percorso A standard, senza assistenza anestesiologica dedicata ma con la presenza dell'anestesista nella struttura/blocco

operatorio, con modalità di accesso da studio oculistico libero-professionale (A1) o da ambulatorio oculistico pubblico (A2), e in un Percorso B complesso, che prevede la consulenza anestesiologica con eventuali esami (B1), la consulenza cardiologica o di altro tipo (B2), entrambe (B1+B2) o l'invio del paziente a un Presidio Ospedaliero (B3);
- non prevede l'esecuzione routinaria di esami preoperatori di laboratorio e strumentali nei pazienti operati in anestesia topica o locale in assenza di specifiche indicazioni cliniche, considera validi gli esami di laboratorio eseguiti nei 6 mesi precedenti e gli esami strumentali eseguiti nei 12 mesi precedenti, in assenza di variazioni del quadro clinico, da ricercare prioritariamente sul Fascicolo Sanitario Elettronico, e richiede che ogni prescrizione sia motivata e documentata nella Cartella Clinica Elettronica (CCE);
- definisce i criteri di inclusione nel Percorso A, i criteri di complessità chirurgica e gli esiti della valutazione anestesiologica, e introduce un questionario anamnestico compilato dal paziente e una scheda di raccordo anamnestico con richiesta motivata di consulenza anestesiologica a cura del medico oculista;
- disciplina la presa in carico infermieristica, le misure per la sicurezza del paziente, la gestione post-operatoria e il follow-up;
- definisce gli indicatori di monitoraggio, con report annuale e audit clinici in caso di scostamenti, la matrice delle responsabilità e i diagrammi di flusso dei Percorsi A e B;
- si compone di n. 7 allegati (Classificazione ASA; Questionario anamnestico del paziente; Scheda di raccordo anamnestico e richiesta motivata di consulenza anestesiologica; Raccomandazioni SIAARTI – Choosing Wisely Italy; Raccomandazione SIRM sulla radiografia del torace preoperatoria; Appropriatezza degli esami preoperatori – NICE; Valutazione cardiologica preoperatoria);

Dato atto altresì che
- la procedura è stata inviata al Collegio di Direzione in data 12/10/2026
- la procedura è stata trasmessa ai Direttori dei Dipartimenti e per loro tramite, alle Unità Operative, per l'acquisizione delle osservazioni;
- le osservazioni pervenute sono state valutate e riscontrate;
- la procedura è stata verificata e ratificata dalla U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione e approvata dalla Direttrice Sanitaria;
- il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;

Ritenuto pertanto
- di dover adottare la Procedura Aziendale "Percorso Perioperatorio del Paziente in Day Service Oculistico – Chirurgia della Cataratta", allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e della Direttrice Sanitaria, per quanto di rispettiva competenza

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- **di adottare** la Procedura Aziendale "Percorso Perioperatorio del Paziente in Day Service Oculistico – Chirurgia della Cataratta", comprensiva dei relativi n. 7 allegati, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- **di stabilire** che la procedura si applica presso tutti i Presidi Territoriali d'Assistenza e i Presidi Ospedalieri della ASL Bari nei quali si svolge l'attività di Day Service oculistico ed entra in vigore dalla data di esecutività del presente atto;
- **di demandare** ai Direttori dei Dipartimenti interessati, ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari e ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero la diffusione capillare della procedura al personale afferente e la vigilanza sulla sua corretta applicazione;
- **di demandare** ai Direttori delle UU.OO. di Oculistica e di Anestesia e Rianimazione e ai Responsabili delle sale operatorie dei PTA e dei PO sedi di Day Service oculistico l'applicazione dei percorsi previsti, la predisposizione del report annuale sugli indicatori di monitoraggio e l'organizzazione degli audit clinici in caso di scostamenti;
- **di demandare** al CUP Manager e ai Responsabili CUP la consegna al paziente, contestualmente alla prenotazione della visita oculistica preoperatoria, del questionario anamnestico (Allegato 2) e della scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3);
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai soggetti indicati nella lista di distribuzione della procedura, ivi compresi i Medici di Medicina Generale per il tramite dei Direttori di DSS, e di disporne la pubblicazione sul portale aziendale;
- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Azienda.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

PROCEDURA AZIENDALE

Percorso perioperatorio del paziente in Day Service Oculistico

Chirurgia della cataratta

Rev. 0

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Redazione	Verifica e Ratifica	Approvazione	Adozione	Rev.
Gruppo di lavoro ASL BA	U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione Dott.ssa Crescenza Abbinante	Direttrice Sanitaria **Dott.ssa Rosella Squicciarini**	Direttore Generale **Avv. Luigi Fruscio**	Rev. 0 La procedura sarà aggiornata ogniqualvolta cambieranno le condizioni cliniche organizzative nonché le nuove evidenze scientifiche

***Gruppo di lavoro ASL BA** *(in ordine alfabetico)*

Dott.ssa **ABBINANTE** Crescenza – Direttrice f.f. UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione
Dott. **ACQUAVIVA** Antonio – Direttore Dipartimento Neurosensoriale
Dott.ssa **BRUNO** Valeria – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione
Dott.ssa **GALLONE** Maria Filomena – Dirigente Medico Responsabile U.O.S.A.V.S. Governo Liste di Attesa
Dott. **MILELLA** Domenico – Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione
Dott. **MARTUCCI** Mauro – Responsabile U.O.S.A.V.S. Servizio delle professioni sanitarie ospedaliero - territoriali
Dott. **PRIMAVERA** Vito – Direttore dell'Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale (U.O.S.V.D.) di Oculistica dell'Ospedale della Murgia "Fabio Perinei" di Altamura
Dott.ssa **SANTOIEMMA** Ilaria – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione
Dott. **SCATTAGLIA** Marco – Dirigente Medico Direzione Medica PO Altamura
Dott.ssa **TROTTA** Silvia – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione

Sommario

1. Premessa 4
2. Scopo e obiettivi 4
3. Campo di applicazione 4
4. Lista di distribuzione 5
5. Acronimi e definizioni 5
6. Descrizione delle attività 6
6.1 Percorso A standard 6
6.2 Percorso B complesso 7
7. Sicurezza del paziente 10
8. Gestione post-operatoria 11
9. Follow-up 11
10. Indicatori di monitoraggio 12
11. Matrice delle responsabilità 13
12. Diagramma di flusso 15
Allegato 1 – Classificazione ASA 17
Allegato 2 – Questionario anamnestico (paziente) 18
Allegato 3 – Scheda di raccordo anamnestico e richiesta motivata di consulenza anestesiologica (medico oculista) 19
Allegato 4 – Raccomandazioni SIAARTI (Choosing Wisely Italy) 21
Allegato 5 – Raccomandazione SIRM sulla radiografia del torace preoperatoria 22
Allegato 6 – Appropriatezza degli esami preoperatori (NICE) 23
Allegato 7 – Valutazione cardiologica preoperatoria 25
Bibliografia e sitografia 26

1. PREMESSA

Con il termine Day Service, si intende un regime di presa in carico limitato alle ore diurne e finalizzato all'effettuare, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche invasive o semi invasive. Tali procedure possono essere realizzate in anestesia locale, loco-regionale, generale (L.G. 01/08/2002 e Del Reg Puglia 25 luglio 2022, n. 1065).
I pazienti destinati ad essere sottoposti ad interventi in Day Service oculistico sono selezionati e screenati da medici specialisti oculisti che valutano l'appropriatezza del setting terapeutico più idoneo.
Si tratta di pazienti con patologie che necessitano di interventi a **Bassa Intensità Chirurgica (BIC**).

L'evoluzione delle tecniche chirurgiche, dalla facoemulsificazione a piccola incisione, all'anestesia topica ottenuta con la semplice instillazione di colliri, ha ridotto in misura sostanziale il rischio chirurgico e anestesiologico, consentendo un recupero rapido e una bassa incidenza di eventi avversi.

La popolazione candidata a chirurgia della cataratta è prevalentemente anziana e spesso portatrice di comorbilità, già seguita dal medico curante e sottoposta periodicamente a controlli ed esami. In questo contesto le principali linee guida nazionali e internazionali *(AIMO-SIAARTI-SISO-SIFoP 2022; AAO 2021; NICE 2017)* convergono nel raccomandare di **privilegiare, nell'inquadramento pre-operatorio, la raccolta anamnestica e la valutazione clinica**, riservando l'esecuzione routinaria di esami di laboratorio/strumentali e della visita anestesiologica ai soli pazienti con condizioni a rischio o con situazioni oculari complesse.

Questo principio di appropriatezza, oltre a essere clinicamente fondato, è coerente con il quadro normativo regionale della Puglia, che individua i pazienti destinatari della chirurgia ambulatoriale in anestesia topica/locale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze (Regolamento Regionale Puglia 20 agosto 2020, n. 15).

Attualmente, i pazienti seguono un percorso preparatorio standard e che prescinde da un inquadramento nosologico individuale. Le indicazioni agli esami preoperatori ed alle visite specialistiche richieste in preparazione dell'intervento sono spesso inappropriate.
Questo approccio all'iter preparatorio all'intervento genera costi e prolungamento delle liste di attesa senza modificare il rischio operatorio chirurgico o anestesiologico.
La letteratura è concorde nel dimostrare lo scarso o nullo valore della diagnostica preoperatoria di routine anche ai fini della valutazione dello stato di salute generale del paziente.
Inoltre, le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 9 luglio 2020, prevedono che il pre-ricovero sia appropriato, tempestivo e finalizzato alla valutazione dell'idoneità chirurgica, considerando specificamente i rischi (chirurgici e anestesiologici). In quest'ottica, gli esami preparatori devono essere quanto più possibile personalizzati e finalizzati, evitando la proposta routinaria di esami di scarso o nullo valore.

2. SCOPO E OBIETTIVI

Scopo di questa procedura è la standardizzazione del percorso perioperatorio dei pazienti da sottoporre ad interventi di cataratta presso le Sale Operatorie dei Presidi Territoriali d'Assistenza e dei Presidi Ospedalieri dove si svolgono attività di Day Service oculistico.

Obiettivi specifici della procedura sono:

- Ridurre la prescrizione inappropriata di esami e consulenze diagnostiche
- Ridurre la permanenza dei pazienti presso i servizi assistenziali e migliorare il comfort degli stessi
- Ridurre gli accessi inappropriati presso le strutture assistenziali
- Ridurre il tempo di attesa tra la prima visita ed intervento chirurgico.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applicherà presso tutti i presidi territoriali e ospedalieri chirurgici oculistici della ASL Bari dove si svolge l'attività di Day Service oculistico.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è indirizzata a:

- Direttori di Dipartimento (Oculistica, Anestesiologia e Rianimazione, Direzioni Mediche, Assistenza Territoriale, Cardiovascolare, Neurosensoriale, Neurovascolare, Nefrourologico, Area Medica, Area Medica Specialistica, Area Chirurgica);
- Dirigente Responsabile del Servizio Professioni Sanitarie;
- Incaricato di Funzione Organizzativa UU.OO. dei PTA di Assistenza;
- CUP Manager;
- Direttori Amministrativi e Dirigenti Amministrativi e Responsabili CUP;
- Farmacie Territoriali e Farmacie dei Presidi Ospedalieri;
- Responsabile Unico aziendale delle Liste d'Attesa (RULA);
- Direttori delle UU.OO. di Oculistica, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia e Patologia Clinica/Laboratorio Analisi;
- Medici di Medicina Generale (per il tramite dei Direttori di DSS) e medici oculisti del territorio, coinvolti nella modalità di accesso A1.

Questi avranno l'obbligo di mettere a conoscenza della procedura tutti gli operatori coinvolti nel processo.

5. ACRONIMI E DEFINIZIONI

AIMO	Associazione Italiana Medici Oculisti
ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	Body Mass Index (indice di massa corporea)
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DSO	Day Service Oculistico
DSS	Distretto Socio Sanitario
ECG	Elettrocardiogramma
ESC	European Society of Cardiology
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
HUB	Presidio di riferimento di livello superiore nella rete ospedaliera
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
IFIS	Intraoperative Floppy Iris Syndrome (sindrome dell'iride flaccida intraoperatoria), associata in particolare all'uso di alfa-litici (es. tamsulosina)
INR	International Normalized Ratio
IOL	Lente intraoculare (cristallino artificiale)
IRA	Insufficienza Renale Acuta
LG	Linea Guida
MMG	Medico di Medicina Generale
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NYHA	New York Heart Association (classificazione funzionale dello scompenso cardiaco)
PAC	Pacchetto Ambulatoriale Complesso
PO	Presidio Ospedaliero
PTA	Presidio Territoriale d'Assistenza
SIAARTI	Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

SIRM	Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica
S.O.	Sala Operatoria
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
UU.OO.	Unità Operative

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'intervento di cataratta:

- è un intervento di chirurgia a bassa invasività;
- viene normalmente eseguito in anestesia topica/locale e, più raramente, in anestesia loco-regionale o generale;
- presenta un basso rischio di complicanze sistemiche.

La valutazione preoperatoria deve essere finalizzata all'identificazione delle condizioni cliniche che possono modificare il rischio operatorio e non deve prevedere l'esecuzione sistematica di esami di laboratorio o strumentali in assenza di specifiche indicazioni cliniche.

Non è prevista l'esecuzione routinaria di esami preoperatori (emocromo, assetto coagulativo, glicemia, elettroliti, ECG, radiografia del torace o altri accertamenti) nei pazienti sottoposti a intervento di cataratta in anestesia topica o locale, in assenza di indicazioni cliniche (Allegati 4, 5 e 6).

Gli esami vengono richiesti esclusivamente quando:

- emergano condizioni cliniche che ne giustifichino l'esecuzione;
- siano necessari per la gestione anestesiologica;
- siano richiesti da specifiche condizioni patologiche del paziente.

La prescrizione degli esami deve essere motivata e documentata nella cartella clinica.

Ricorda che:
Gli esami di laboratorio, qualora necessari, eseguiti dal paziente nei 6 mesi precedenti e gli esami strumentali ed elettrocardiogrammi eseguiti nei 12 mesi precedenti sono validi ai fini della valutazione, in assenza di variazioni del quadro clinico. Tali esami vanno ricercati prioritariamente sul FSE del paziente.

Percorsi previsti

La procedura descrive i percorsi assistenziali chirurgici perioperatori secondo quanto indicato di seguito:

- Percorso A Standard **(senza assistenza anestesiologica dedicata ma con la presenza dell'anestesista nella struttura/blocco operatorio)**:
  - Modalità di accesso A1;
  - Modalità di accesso A2;
- Percorso B (**complesso)**:
  - B1: Percorso del paziente per il quale è necessario effettuare consulenza anestesiologica ed eventualmente esami di laboratorio e/o strumentali;
  - B2: Percorso del paziente per il quale è necessaria consulenza anestesiologica ed eventualmente una consulenza specialistica cardiologica o di altro tipo;
  - B1+B2
  - B3: Percorso del paziente per il quale è necessario l'intervento chirurgico presso un Presidio Ospedaliero;
- Gestione postoperatoria;
- Follow-up;
- Monitoraggio.

6.1 Percorso A standard

Criteri di inclusione nel Percorso A (senza assistenza anestesiologica dedicata ma con la presenza dell'anestesista nella struttura/blocco operatorio)

Sono candidabili al Percorso A i pazienti che soddisfano **tutti** i seguenti criteri:

- condizioni cliniche stabili e ben controllate (Allegato 1);
- assenza di condizioni sistemiche a rischio per le funzioni vitali;
- paziente collaborante, in grado di mantenere il decubito supino e di seguire le istruzioni durante l'intervento;
- condizione oculare **non complicata** (assenza dei criteri di complessità chirurgica elencati al paragrafo 6.2) e idoneità chirurgica all'anestesia topica/locale;
- assenza, all'atto della visita oculistica preoperatoria, di controindicazioni anamnestiche emerse dalle schede riportate in Allegato 2 e Allegato 3;

Modalità di accesso A1

Il paziente accede allo studio medico oculista in attività libero-professionale

- Il medico oculista pone l'indicazione all'intervento chirurgico e prescrive il trattamento;
- Il paziente:
  - si rivolge al suo medico di medicina generale per la prescrizione dematerializzata;
  - si reca presso una sede CUP per prenotare la visita oculistica preoperatoria presso la struttura pubblica.
  - riceve dal CUP, contestualmente alla prenotazione (anche se effettuata tramite i canali ordinari, insieme al promemoria di prenotazione), due schede: il questionario anamnestico (Allegato 2), che compila personalmente, e la scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3), che non deve compilare perché è a cura dell'oculista; il giorno della visita di day service porta con sé entrambe le schede, insieme alla documentazione clinica in suo possesso e all'elenco dei farmaci assunti;
- Il giorno della visita l'oculista:
  - acquisisce il questionario anamnestico (Allegato 2) e compila la scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3); se il paziente rientra nei criteri di inclusione del Percorso A, sceglie il cristallino artificiale e prenota il giorno dell'intervento; in caso contrario avvia il paziente al Percorso B (paragrafo 6.2);
  - fornisce al paziente l'informativa all'intervento e le indicazioni sulle procedure preoperatorie da seguire.

Modalità di accesso A2

Il paziente accede presso un ambulatorio oculistico pubblico

- Il medico oculista pone l'indicazione all'intervento chirurgico, prenota la visita oculistica preoperatoria e consegna al paziente il questionario anamnestico (Allegato 2), da compilare, e la scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3), da portare con sé non compilata; il paziente porta entrambe le schede il giorno della visita, insieme alla documentazione clinica in suo possesso e all'elenco dei farmaci assunti;
- Il giorno della visita l'oculista acquisisce il questionario anamnestico (Allegato 2) e compila la scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3); se il paziente rientra nei criteri di inclusione del Percorso A, sceglie il cristallino artificiale e prenota il giorno dell'intervento; in caso contrario avvia il paziente al Percorso B (paragrafo 6.2);
- L'oculista fornisce al paziente l'informativa all'intervento e le indicazioni sulle procedure preoperatorie da seguire.

6.2 Percorso B complesso

Qualora il medico oculista dopo aver valutato il paziente, ritenga che non rientri nei criteri di inclusione del percorso standard, dirotterà il paziente verso il percorso B.

Sono candidabili al Percorso B i pazienti che **non soddisfano** almeno uno dei seguenti criteri:

- condizioni cliniche stabili e ben controllate (Allegato 1);
- assenza di condizioni sistemiche a rischio per le funzioni vitali;

- paziente collaborante, in grado di mantenere il decubito supino e di seguire le istruzioni durante l'intervento;
- assenza, all'atto della rivalutazione, di controindicazioni anamnestiche emerse dalle schede riportate in Allegato 2 e Allegato 3;
- condizione oculare **non complicata** e idoneità chirurgica all'anestesia topica/locale. Sono criteri di complessità chirurgica:
  - cataratta matura/ipermatura o bruna molto densa; cataratta sublussata o instabilità zonulare (es. pseudoesfoliazione, esiti traumatici);
  - camera anteriore di profondità ridotta, pupilla non dilatabile o sinechie, glaucoma avanzato;
  - distrofia/scompenso dell'endotelio corneale, opacità corneali, occhio unico (monocolo) funzionale;
  - pregressa chirurgia vitreo-retinica o refrattiva, occhio con stafiloma posteriore o elevata lunghezza assiale;
  - nistagmo, incapacità a mantenere la fissazione, difficoltà alla collaborazione attesa in sala;
  - intervento combinato programmato o previsione di tempi chirurgici prolungati/complessi.

B1 Percorso del paziente per il quale è necessario effettuare consulenza anestesiologica ed eventualmente esami di laboratorio e/o strumentali (vedi i criteri di complessità)

Il medico oculista del Day Service:

- dettaglia in cartella clinica i motivi della richiesta di consulenza anestesiologica, compilando la sezione "Prescrizione motivata" dell'Allegato 3, e prenota un nuovo accesso preoperatorio al paziente.

L'anestesista:

- valuta la richiesta dell'oculista, visita il paziente, ne attribuisce la classe ASA e, nel caso in cui ritenga che il paziente debba approfondire particolari aspetti peri-operatori che possano essere dirimenti per il tipo di anestesia o che possano mutare il livello di rischio anestesiologico/chirurgico in maniera sostanziale (Allegati 4, 5, 6 e 7) deve:
  - formulare il quesito clinico per cui richiede approfondimenti;
  - prescrivere gli esami di laboratorio, da eseguire il giorno stesso presso il DSO, e gli esami strumentali (ECG in sede; altri esami con prenotazione dedicata);
  - attivare, se necessaria, la consulenza specialistica (Percorso B2);
  - prenotare il paziente per la successiva rivalutazione.

L'infermiere addetto al DSO:

- se l'anestesista prescriverà gli esami di laboratorio (Allegato 6), informa il paziente sulle modalità di esecuzione degli eventuali esami strumentali richiesti, esegue il prelievo ematico ed invia i campioni al laboratorio analisi.

Al fine di ottimizzare i tempi per eventuali esami di laboratorio o strumentali qualora prescritti durante la visita anestesiologica, i pazienti saranno visitati dall'anestesista in ordine di complessità clinica così come definita e descritta sulla scheda compilata dal medico oculista e non in ordine di arrivo.
Il giorno della visita l'anestesista può o meno effettuare la sua valutazione in maniera congiunta all'oculista dell'equipe che eseguirà l'intervento, ed in ogni caso qualora non presente in sede è comunque sempre auspicabile un contatto tra gli specialisti. Tale strategia è finalizzata a chiarire rapidamente eventuali dubbi sui modi e tempi chirurgici della procedura da eseguire. Allo stesso modo l'anestesista, ove lo ritenga utile, potrà contattare gli specialisti a cui eventualmente ritiene di dover indirizzare il paziente per ulteriori approfondimenti. È possibile, anche ricorrere al teleconsulto per ogni dubbio ed approfondimento.

B2 Percorso del paziente per il quale è necessaria una consulenza cardiologica o di altro tipo

L'anestesista, nel caso in cui ritenga che il paziente debba approfondire particolari aspetti clinici che possano essere dirimenti per il tipo di anestesia o che possano mutare il livello di rischio anestesiologico/chirurgico in maniera sostanziale:

- Formula il quesito clinico sulla scheda paziente;
- Richiede una consulenza specialistica;

  - Emette la ricetta dematerializzata;
- Affiderà la prenotazione della consulenza al personale dedicato del DSO, previo accordo con lo specialista di riferimento.

Lo specialista cardiologo o di altro tipo, valuta il paziente e nel caso ritenga di approfondire, ai fini dell'esecuzione dell'intervento proposto, aspetti relativi alla condizione clinica del paziente (Allegato 7), provvede a:

- Prenotare l'esame di II livello richiesto;
- Emettere ricetta dematerializzata;
- Trasmettere l'esito della consulenza al DSO e concordare la data della rivalutazione anestesiologica.

Esito della valutazione anestesiologica (Percorsi B1 e B2)

Al termine della valutazione (e dell'eventuale rivalutazione dopo esami e/o consulenze), l'anestesista documenta in cartella il giudizio conclusivo, che può essere:

- idoneità all'intervento in DSO in anestesia topica/locale senza assistenza anestesiologica dedicata: il paziente prosegue come da Percorso A (scelta del cristallino, prenotazione dell'intervento, informativa);
- idoneità all'intervento in DSO con assistenza anestesiologica dedicata (es. sedazione, anestesia loco-regionale, monitoraggio avanzato): l'intervento è programmato in una seduta con anestesista dedicato e il paziente esprime anche il consenso all'atto anestesiologico;
- non idoneità temporanea (condizioni cliniche da stabilizzare): il paziente è rinviato al proprio MMG o specialista con indicazione scritta degli obiettivi clinici da raggiungere e viene riprogrammata la rivalutazione;
- non idoneità all'intervento in DSO: il paziente è avviato al Percorso B3.

B1+2 Percorso del paziente per il quale è necessario effettuare consulenza anestesiologica ed eventualmente esami di laboratorio e/o strumentali ed una consulenza cardiologica o di altro tipo

Il paziente segue in sequenza i Percorsi B1 e B2: dopo la visita anestesiologica e gli eventuali esami, l'anestesista attiva la consulenza specialistica e rivaluta il paziente con gli esiti di entrambi (vedi diagramma di flusso del Percorso B, paragrafo 12).

B3 Percorso del paziente per il quale è necessario l'intervento chirurgico presso un Presidio Ospedaliero

Il paziente visitato dall'anestesista, viene inviato dallo stesso ad altro setting assistenziale (Presidio Ospedaliero) a seguito della valutazione delle sue condizioni cliniche. L'anestesista potrà inviare il paziente presso il PO di riferimento dopo la valutazione clinica o dopo la valutazione di approfondimenti diagnostici, in entrambi i casi il medico anestesista dovrà documentare la decisione in cartella. Sarà il medico oculista, dopo aver condiviso la decisione con l'anestesista, ad organizzare l'intervento nel Presidio Ospedaliero HUB di riferimento previo accordo con la U.O. di Oculistica del PO HUB.

Presa in carico infermieristica (Percorsi A e B)

L'infermiere addetto al DSO:

- contatta il paziente nei giorni precedenti l'intervento per confermare data e orario, ricordare le indicazioni preoperatorie ricevute dall'oculista (terapia da assumere, documentazione da portare, eventuale accompagnatore) e rilevare variazioni dello stato di salute, che segnala all'oculista e, se coinvolto, all'anestesista;
- il giorno dell'intervento accetta il paziente, ne verifica l'identità, la documentazione clinica, il consenso informato e l'occhio da operare, e lo prepara all'intervento;
- segue il paziente durante l'intero percorso day service fino alla dimissione, in raccordo con l'oculista, l'anestesista (se coinvolto) e il Responsabile della sala operatoria.

7. SICUREZZA DEL PAZIENTE

Si ricorda che nei processi descritti vanno applicate tutte le procedure aziendali:

- identificazione certa del paziente (Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3);
- verifica dell'occhio da operare;
- consenso informato;
- check-list di sicurezza chirurgica (Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute 2009);
- tracciabilità della lente intraoculare;
- corretta gestione della terapia farmacologica, inclusa la terapia antiaggregante/anticoagulante, che di norma non va sospesa per l'intervento di cataratta in anestesia topica/locale (per gli antagonisti della vitamina K verificare che l'INR sia nel range terapeutico); ogni eventuale sospensione va decisa caso per caso con l'anestesista e/o il medico prescrittore;
- corretta gestione delle procedure di prevenzione delle ICA;
- corretta gestione del lavaggio delle mani;
- gestione delle emergenze cliniche e del trasferimento in PO secondo le procedure aziendali previste per le sale operatorie dei PTA.

8. GESTIONE POST-OPERATORIA

Dopo l'intervento chirurgico il paziente sosta in osservazione presso la struttura dedicata al DSO.

L'oculista:

- Compila e consegna la lettera di dimissione al paziente e prenota, se indicato, l'intervento per l'altro occhio;
- Prescrive la terapia domiciliare ed emette ricetta dematerializzata per i farmaci da erogare presso la farmacia di presidio;
- Prenota le successive medicazioni ambulatoriali nei termini previsti dal PAC;
- definisce sulla cartella Day Service le valutazioni che l'infermiere dovrà effettuare per la dimissione del paziente.
- consegna al paziente i recapiti del DSO da contattare dopo la dimissione in caso di dolore, calo della vista, arrossamento o altri sintomi.

L'infermiere:

- Somministra la terapia prescritta nel periodo post operatorio;
- Controlla i parametri vitali;
- Effettua, se necessario, una medicazione prima della dimissione;
- Valuta i criteri di dimissibilità del paziente secondo indicazione medica.

Qualora ci sia stata anche una prestazione anestesiologica, l'anestesista:

- Prescrive la terapia antalgica se necessaria;
- Valuta la stabilità dei parametri vitali;
- Decide quando il paziente sia in condizioni di essere dimesso.

In assenza di prestazione anestesiologica, il giudizio di dimissibilità è di competenza dell'oculista.

9. FOLLOW-UP

Nel corso dei controlli ambulatoriali prescritti dopo intervento in DSO:

L'infermiere:

- Medica il paziente;
- Valuta lo stato di salute del paziente.

L'oculista:

- Valuta il corretto decorso post operatorio;
- Annota le condizioni del paziente fino alla conclusione del percorso terapeutico relativo alla patologia trattata in regime di DSO;
- Qualora necessario, varia il programma dei controlli;
- Qualora necessario, esprime il quesito clinico, prescrive e prenota esami di laboratorio o strumentali utili a definire i sospetti clinici.

10. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Il Responsabile della sala operatoria del PTA / PO dovrà predisporre un report annuale al proprio Direttore di DSS e ai Direttori Medici di Presidi di riferimento, così pure ai Direttori del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione e del Dipartimento di afferenza delle UU.OO. di Oculistica.

Nel report saranno riportati, su base annua, i seguenti indicatori:

- pazienti del Percorso B con richiesta di esami di laboratorio/strumentali / consulenze anestesiologiche effettuate;
- pazienti del Percorso B con richiesta di consulenza specialistica / consulenze anestesiologiche effettuate;
- pazienti del percorso B con richiesta sia di esami di laboratorio/strumentali che di consulenza specialistica/ consulenze anestesiologiche effettuate
- pazienti inviati al PO (Percorso B3) / pazienti sottoposti a consulenza anestesiologica;
- pazienti avviati al Percorso B / pazienti sottoposti a visita oculistica preoperatoria;
- pazienti del Percorso A con esami preoperatori prescritti / pazienti del Percorso A (valore atteso tendente a zero);
- tempo mediano (giorni) tra visita oculistica preoperatoria e intervento, distinto per Percorso A e Percorso B;
- interventi annullati o rinviati il giorno stesso per motivi clinici / interventi programmati;
- eventi avversi intra/post-operatori e trasferimenti non programmati in PO / interventi effettuati.

Il Responsabile della sala operatoria del P.T.A. o della sala operatoria presso i Presidi Ospedalieri dove si svolge l'attività di Day Service Oculistico organizzerà gli audit clinici necessari qualora si registrino scostamenti dagli standard degli indicatori o dalla procedura, al fine di individuare criticità ed eventuali azioni di miglioramento. Il report di ciascun audit dovrà essere inviato ai Direttori del DSS e/o di Presidio, ai Direttori del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione e del Dipartimento di afferenza delle UU.OO. di Oculistica e agli eventuali Direttori di Dipartimento coinvolti nel processo di audit.

11. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività / Responsabile	Anestesista	Oculista	Consulente	Infermiere Day Service	Responsabile S.O.	DSS/ Direttore medico di Presidio	Direttore Dipartimento Oculistica / Anestesia
Compilazione cartella clinica	R	R					
Compilazione e verifica della scheda di raccordo anamnestico (Allegato 3) e acquisizione del questionario (Allegato 2)	C	R					
Indicazione chirurgica, inclusione nel Percorso A o B, scelta della IOL e prenotazione dell'intervento		R		I			
Consulenza anestesiologica, attribuzione della classe ASA e giudizio conclusivo di idoneità (Percorso B)	R	C					
Acquisizione del consenso informato	R*	R		C			
Prescrizione e prenotazione consulenza specialistica (Percorso B2)	R	C	C				
Prescrizione e prenotazione esami di II livello	C	C	R				
Prescrizione esami di laboratorio/strumentali su indicazione anestesiologica (Percorso B1)	R	C		I			
Esecuzione del prelievo e invio dei campioni al laboratorio (Percorso B1)	I			R			
Decisione di invio al PO HUB (Percorso B3)	R	C					
Organizzazione dell'intervento presso il PO HUB (Percorso B3)	C	R				C	
Contatta il paziente prima dell'intervento; accetta il paziente; segue il paziente durante il percorso day service	C	C		R	C		
Gestione assistenziale post-operatoria	C	C		R			
Gestione clinica post-operatoria e valutazione dell'idoneità alla dimissione	R*	R		I			

Attività / Responsabile	Anestesista	Oculista	Consulente	Infermiere Day Service	Responsabile S.O.	DSS/ Direttore medico di Presidio	Direttore Dipartimento Oculistica / Anestesia
Follow-up ambulatoriale		**R**		**C**			
Attività di audit	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**	**C**	**C**
Elaborazione reportistica degli indicatori di monitoraggio					**R**	**C**	**C**
Supervisione attività di monitoraggio						**R**	**C**

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

** In caso di prestazione anestesiologica.*

12. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Diagramma di flusso – Percorso A (standard)

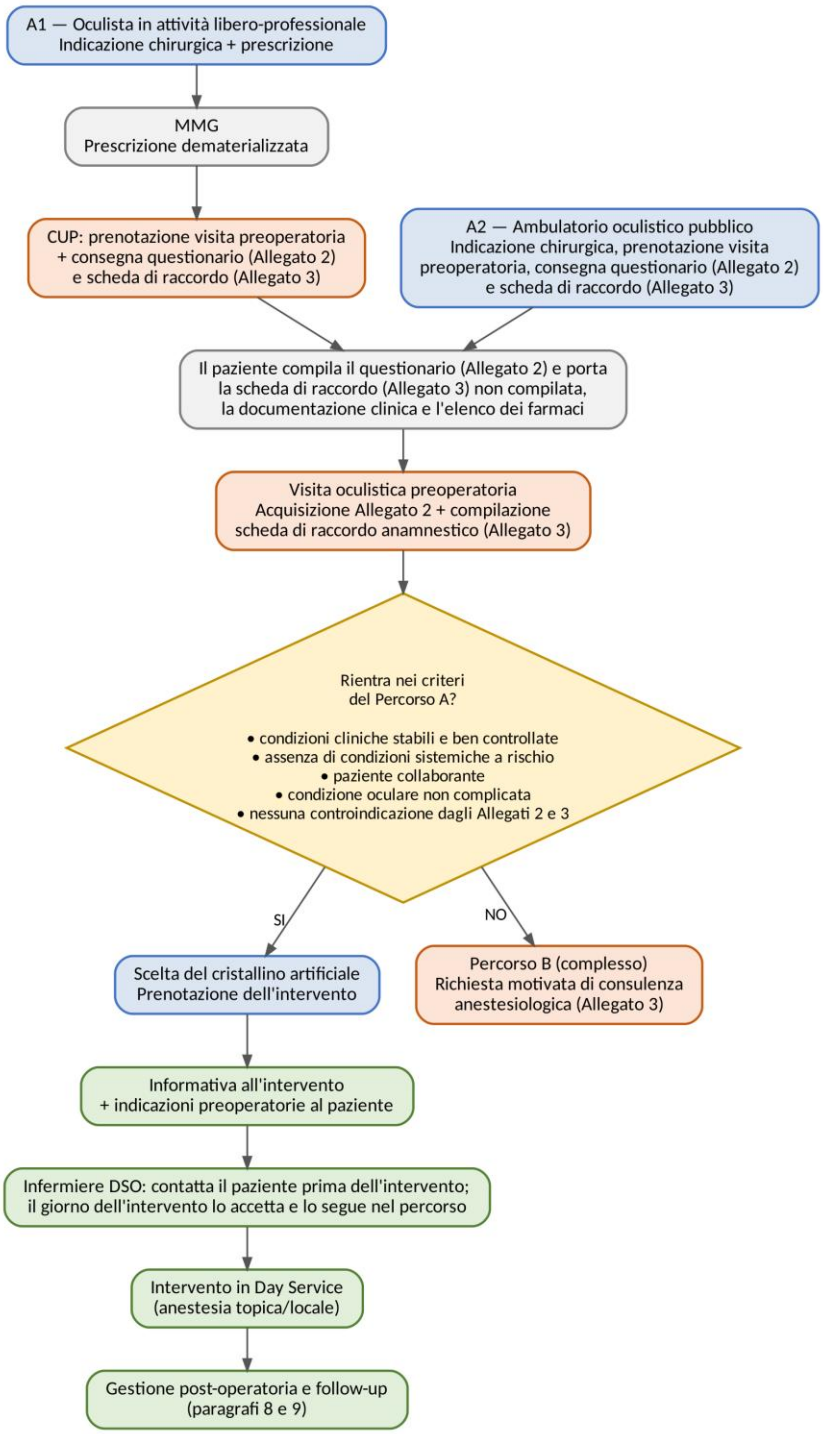
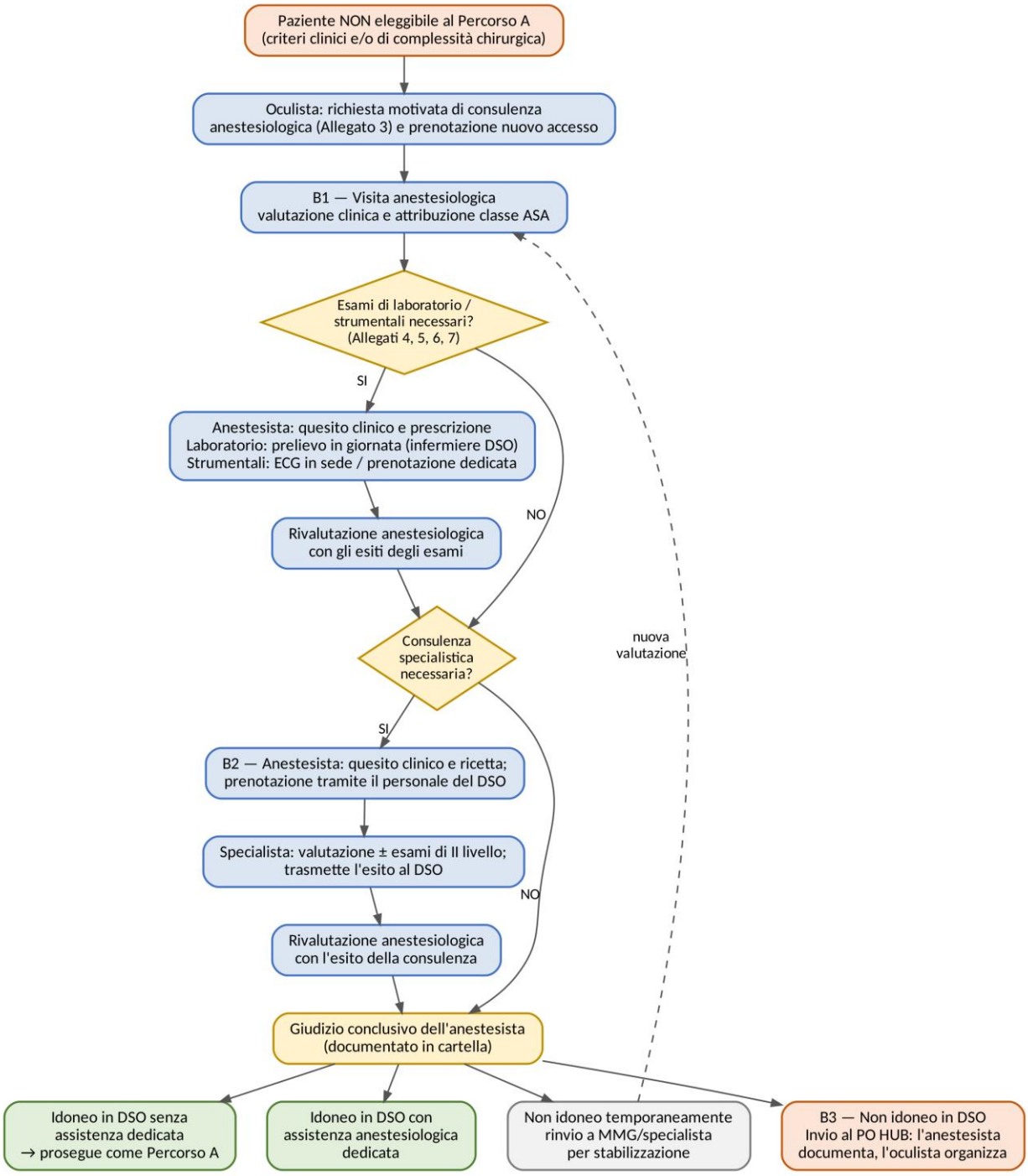


Diagramma di flusso – Percorso B (complesso)



ALLEGATO 1 – CLASSIFICAZIONE ASA

La condizione clinica viene valutata secondo la classificazione ASA. Sono avviabili al Percorso A i pazienti ASA 1-2; i pazienti ASA 3 possono essere operati in DSO se in condizioni cliniche stabili. È la valutazione complessiva delle condizioni cliniche, e non la sola classe ASA, a orientare l'oculista o l'anestesista, a seconda dei casi, nella scelta del percorso del paziente.

Descrizione	Classe ASA
Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica.	**I**
Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico.	**II**
Malattia sistemica severa ma non invalidante correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico.	**III**
Malattia sistemica grave con prognosi severa che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico.	**IV**
Paziente moribondo che non sopravviverà alle 24 ore successive, che viene sottoposto a intervento chirurgico come ultima possibilità.	**V**
Ogni intervento chirurgico non dilazionabile e che non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni anomalia. La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA	**E**

La combinazione tra la classificazione della condizione clinica e quella chirurgica genera una matrice di rischio (vedi tabella in Allegato 6), che definisce la necessità di approfondimenti diagnostici di ogni tipo.

ALLEGATO 2 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO (PAZIENTE)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'INTERVENTO DI CATARATTA

(da compilare a cura del Paziente)

Gentile Signora/Signore, per programmare in sicurezza il Suo intervento di cataratta La preghiamo di rispondere alle domande seguenti, barrando la casella **SI** o **NO** e specificando, dove richiesto, le informazioni utili. In caso di dubbio, può farsi aiutare dal proprio medico curante o da un familiare. Porti con sé, il giorno della visita/intervento, gli **esami e i referti recenti** in Suo possesso e l'elenco dei farmaci che assume.

I SUOI DATI			
Cognome e nome			
Data di nascita		**Telefono**	
Altezza (cm)		**Peso (kg)**	

LE DOMANDE	
Domanda	**Risposta**
1. È mai stato ricoverato in ospedale? *Se SI, per quale motivo: _____*	☐ SI ☐ NO
2. Ha mai subito interventi chirurgici? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
3. Fuma? *Se SI, quante sigarette al giorno: _____*	☐ SI ☐ NO
4. Ha allergie note (farmaci, anestetici, lattice, altro)? *Se SI, a che cosa: _____*	☐ SI ☐ NO
5. Soffre di malattie del cuore, dei polmoni, del sangue o della tiroide? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
6. Assume farmaci abitualmente? *Se SI, quali e a quale dosaggio (allegare elenco): _____*	☐ SI ☐ NO
7. Le è stata diagnosticata una di queste condizioni: pressione alta, diabete, problemi alla tiroide, malattie dei reni, malattie neurologiche (es. Parkinson, tremori, epilessia)? *Se SI, quali (allegare i referti): _____*	☐ SI ☐ NO
8. Ha attualmente altre malattie, acute o croniche, non già indicate sopra? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
9. Assume o ha assunto farmaci per la prostata o per disturbi urinari (es. tamsulosina, alfuzosina, silodosina, doxazosina)? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
10. Riesce a stare disteso sulla schiena, con la testa ferma, per circa 30 minuti? *Se NO, perché: _____*	☐ SI ☐ NO
11. Soffre di claustrofobia, tosse persistente, tremori o difficoltà a restare fermo? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
12. È portatore di pacemaker o defibrillatore? *Se SI, quale: _____*	☐ SI ☐ NO
13. Ha avuto in passato problemi con un'anestesia? *Se SI, quali: _____*	☐ SI ☐ NO
14. Assume farmaci che "fluidificano il sangue" (anticoagulanti o antiaggreganti, es. per il cuore o dopo un ictus)? *Se SI, quale: _____*	☐ SI ☐ NO

Data ____/____/_____	Firma del Paziente _____

Informativa. *I dati raccolti sono trattati ai soli fini sanitari connessi alla programmazione e all'esecuzione dell'intervento, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. La mancata presentazione senza preavviso e nei termini previsti può comportare gli effetti stabiliti dalla normativa regionale e nazionale in materia di prestazioni sanitarie.*

ALLEGATO 3 – SCHEDA DI RACCORDO ANAMNESTICO E RICHIESTA MOTIVATA DI CONSULENZA ANESTESIOLOGICA (MEDICO OCULISTA)

SCHEDA DI RACCORDO ANAMNESTICO PER CHIRURGIA OCULISTICA ELETTIVA — CATARATTA

A cura del medico-oculista.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE					
Cognome			**Nome**		
Codice fiscale			**Data e luogo di nascita**		
Residenza					
Telefono			**E-mail**		
Sesso	☐ M ☐ F	**Età**		**Altezza (cm)**	
Peso (kg)		**Fumatore** (>5 sig./die)	☐ SI ☐ NO	**Gravidanza**	☐ SI ☐ NO

PRESENZA DI PATOLOGIA GRAVE / CONDIZIONE A RISCHIO (barrare se presente)
☐ Demenza grave (incapacità di alimentarsi adeguatamente, incontinenza)
☐ Grave insufficienza respiratoria (es. cachessia, decubito obbligato; O_2-terapia domiciliare)
☐ Grave insufficienza cardiaca (NYHA IV, ipotensione periferica, > 1 ricovero negli ultimi 3 mesi)
☐ Paziente non collaborante (grave claustrofobia, ritardo mentale, disabilità psichiatrica, movimenti coreici/discinesie)

ALTRE PATOLOGIE NOTE (barrare e specificare il grado di controllo)		
☐ Ipertensione arteriosa	☐ Patologia cardiaca	☐ Diabete mellito
☐ Patologia endocrina	☐ Patologia renale	☐ Patologia polmonare
Altro / note: _____		

ALLERGIE NOTE			
☐ Antibiotici	☐ Anestetici locali	☐ Lattice	**Altro:** _____

ANAMNESI RECENTE E TERAPIE IN CORSO

Ricoveri negli ultimi 5–10 anni (motivo): _____

Terapia farmacologica in corso (farmaco e dosaggio):

_____

_____

In particolare terapia antiaggregante / anticoagulante: ☐ SI ☐ NO Quale: _____

Terapia in corso o pregressa con alfa-litici (es. tamsulosina) – rischio IFIS: ☐ SI ☐ NO

Portatore di pacemaker/defibrillatore: ☐ SI ☐ NO

ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA DISPONIBILE (referti, lettere di dimissione, ECG, esami recenti).

CONTROINDICAZIONI ALL'INTERVENTO DI CATARATTA

Si segnalano controindicazioni note all'intervento: ☐ SI Motivazione:…… …….. ☐ NO	**Data ____/____/_____**
Timbro e firma del Medico compilatore Oculista	_____

PRESCRIZIONE MOTIVATA DELLA RICHIESTA DI CONSULENZA ANESTESIOLOGICA

Complessità legata alla chirurgia	☐ Intervento di particolare complessità tecnica. ☐ Necessità prevedibile di sedazione. ☐ Necessità di anestesia loco-regionale o generale. ☐ Durata prevista dell'intervento superiore allo standard. ☐ Elevata probabilità di conversione della tecnica anestesiologica. ☐ Necessità di monitoraggio anestesiologico avanzato. ☐ Altro (specificare): _____ _____ _____
Complessità legata alle condizioni cliniche del paziente	☐ Classe ASA III con condizioni cliniche non stabili o ASA superiore. ☐ Cardiopatia significativa. ☐ Patologia respiratoria severa. ☐ Diabete non compensato. ☐ Insufficienza renale o epatica significativa. ☐ Terapia anticoagulante/antiaggregante complessa (es. doppia antiaggregazione, INR fuori range). ☐ Allergie o pregresse complicanze anestesiologiche. ☐ Sospetta difficoltà di gestione delle vie aeree. ☐ Obesità severa (BMI ≥40 kg/m²). ☐ Disturbi neurologici o cognitivi rilevanti. ☐ Incapacità a collaborare durante l'intervento (tremori, demenza, disturbi psichiatrici, movimenti involontari, ecc.). ☐ Altro (specificare): _____ _____ _____
Motivazione clinica sintetica	_____ _____ _____ _____
Data **Timbro e firma del Medico Oculista**	____ / ____ / _____ _____

ALLEGATO 4 – RACCOMANDAZIONI SIAARTI (CHOOSING WISELY ITALY)

Raccomandazioni SIAARTI (Choosing Wisely Italy) per la riduzione di esami e pratiche a rischio di inappropriatezza in ambito anestesiologico. Per il presente percorso è pertinente la raccomandazione n. 1.

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

1	**Non eseguire esami ematochimici di routine ai pazienti da sottoporre a intervento chirurgico (o valutazione anestesiologica).**
	L'esecuzione routinaria e sistematica di esami di laboratorio pre-operatori è sconsigliata. Le più recenti linee guida internazionali (NICE 2018 ed ESA 2016), sulla base delle evidenze presenti, non ne raccomandano l'esecuzione di routine, anzi se eseguiti in modo sistematico non rappresentano un valore aggiunto per la stratificazione del rischio clinico. Il risultato è di procrastinare o annullare l'intervento chirurgico oltre ad impattare in maniera significativa sui costi e sull'impiego di risorse sanitarie. Si consiglia di predisporre l'esecuzione degli esami ematochimici pre-operatori in base allo score di rischio clinico generale derivante dall'associazione del rischio del paziente (Classe ASA), all'invasività chirurgica ed alla tecnica anestesiologica.
2	**Non eseguire esami ematochimici routinariamente e quotidianamente nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, ma solo in base a specifici quesiti clinici.**
	L'esecuzione routinaria e sistematica di esami di laboratorio nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva è sconsigliata. È stato dimostrato che richiederli in modo routinario, piuttosto che in base a specifici quesiti clinici oppure con l'obiettivo di modificare il piano terapeutico, non migliora l'outcome, espone i pazienti a rischi inutili (anemizzazione secondaria alle eccessive flebotomie, aumento delle infezioni correlate all'eccessiva manipolazione dei cateteri venosi, rischi derivanti da risultati incidentali e non patologici di esami di laboratorio eseguiti di routine) e aumenta la spesa sanitaria.
3	**Non eseguire trasfusioni ematiche per valori arbitrari di Hb > 7 g/dl ma valutare la necessità clinica di ogni singolo paziente (sanguinamento, stabilità emodinamica, comorbidità).**
	La trasfusione routinaria di globuli rossi concentrati in pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva sulla base di valori arbitrari di emoglobina superiori a 7 g/dl non è consigliata. Diversi studi hanno dimostrato che utilizzare una bassa soglia trasfusionale (7 g/dl invece che 9 g/dl) è associata ad una sopravvivenza uguale o aumentata e riduce sia i costi che gli eventi avversi correlati alla emotrasfusione. Alcune categorie di pazienti (grandi anziani o pazienti con sindrome coronarica acuta) potrebbero tuttavia beneficiare di una soglia trasfusionale più liberale, anche se le evidenze non sono dirimenti. In tutti i casi è consigliato valutare la necessità clinica del singolo paziente (sanguinamento in atto o recente, stabilità/instabilità emodinamica) piuttosto che valori arbitrari di emoglobina per decidere di procedere con l'emotrasfusione.
4	**Non superare le 24 ore di profilassi antibiotica dopo la chirurgia, la durata della profilassi dovrebbe essere la più breve possibile.**
	La durata della profilassi antibiotica chirurgica non dovrebbe superare le 24 ore. Molti studi di buona qualità hanno dimostrato che la durata della profilassi antibiotica oltre le 24 ore non ha alcun effetto nel ridurre le infezioni del sito chirurgico. La somministrazione di ulteriori dosi di antibiotico a scopo profilattico dopo la chirurgia espone i pazienti ad un aumentato rischio di effetti avversi (per es. insufficienza renale, infezione da Clostridium difficile) e contribuisce allo sviluppo dell'antibiotico-resistenza.
5	**Non aspettare che il dolore sia all'apice della sua intensità per iniziare il trattamento, ma prevenirlo attivamente impostando una terapia di base appropriata per tutto il tempo necessario.**
	Il dolore cronico rappresenta uno dei maggiori problemi di salute e causa di disabilità. Non sempre le terapie sono in grado di modificare l'evoluzione della patologia dolorosa, pertanto sono fondamentali una diagnosi e un adeguato trattamento sintomatico precoci al fine di prevenire il più possibile l'insorgenza del dolore cronico. Indipendentemente dal fatto che il dolore sia acuto o cronico, periferico o centrale, esso dev'essere trattato nel più breve tempo possibile, utilizzando tutte le strategie a disposizione. Il trattamento del dolore dev'essere applicato quando il sintomo si manifesta, anche se con intensità moderata, prima che diventi di intensità elevata e perduri nel tempo. Tuttavia, non esistono prove di un nesso causale tra dolore acuto postoperatorio e dolore persistente postoperatorio (PPSP), pertanto il trattamento aggressivo del dolore acuto per prevenire il PPSP è sconsigliato, tenendo conto che il dolore cronico richiede un trattamento multimodale appropriato.

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico.

Giugno 2024

ALLEGATO 5 – RACCOMANDAZIONE SIRM SULLA RADIOGRAFIA DEL TORACE PREOPERATORIA

Raccomandazione n. 4 SIRM (Choosing Wisely Italy): non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento (evidenziata in figura; le altre raccomandazioni della scheda non riguardano il presente percorso).

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) - 1°Lista

1	**Non eseguire Risonanza Magnetica (RM) del Rachide Lombosacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme (semafori rossi o red flags).**
	L'esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia, spesso in assenza di un trattamento conservativo fisico e medico. Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico, la RM lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia sia acuta sia cronica non è indicata di routine ma deve essere presa in considerazione solo in caso di sintomi resistenti a terapia fisica e medica per almeno 6 settimane. In caso di negatività non deve essere ripetuta prima di 24 mesi. In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare (semafori rossi o red flags) rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di RM e di altre tecniche di diagnostica per immagini almeno nelle prime 6 settimane non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari, può esporre a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo elevato per la collettività.
2	**Non eseguire di routine Risonanza Magnetica (RM) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.**
	L'esame è comunemente prescritto anche prima di una visita ortopedica che formuli un quesito clinico e ad ogni età, anche se dall'esame non deriva una decisione terapeutica. La maggior parte delle patologie può essere diagnosticata dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo ed eventualmente da una radiografia tradizionale e risponderà al trattamento conservativo fisico e medico. In assenza di segni clinici di allarme l'utilizzo di routine di RM del ginocchio, nelle prime 4-6 settimane nel dolore acuto da trauma o nei primi mesi nel dolore cronico, non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari e rappresenta un costo elevato per la collettività. La sua effettuazione può essere considerata solo quando volta a orientare la scelta tra efficaci alternative terapeutiche, ritenute ragionevoli in base ai dati clinici.
3	**Non eseguire Risonanza Magnetica (RM) dell'encefalo per cefalea non traumatica in assenza di segni clinici di allarme.**
	Si abusa abitualmente della RM dell'encefalo facendone uso alla prima manifestazione di cefalea non traumatica; inoltre viene di rado indicato un sospetto clinico che permetta di decidere sulla corretta conduzione dell'esame, che ha modalità molto diverse a seconda del quesito da dirimere. L'esecuzione di RM dell'encefalo (senza mezzo di contrasto - mdc e con mdc) in pazienti con cefalea senza specifici fattori di rischio per malattie strutturali non ha probabilità di modificare la gestione o migliorare gli esiti clinici; i pazienti con una probabilità significativa di malattia strutturale che richiedono immediata attenzione sono individuati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. La scoperta di reperti incidentali a seguito di RM può indurre a ulteriori esami e trattamenti aggiuntivi e dispendiosi che non migliorano il benessere del paziente.
4	**Non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.**
	Eseguire di routine radiografie del torace preoperatorie non è raccomandato senza motivi specifici suggeriti dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. In assenza di sintomi cardiopolmonari, la radiografia del torace preoperatoria raramente apporta cambiamenti significativi nella gestione clinica o miglioramento degli esiti clinici dei pazienti mentre espone a radiazioni ionizzanti e alla scoperta di reperti incidentali. Richiedere una radiografia del torace è ragionevole se si sospetta una malattia acuta cardiopolmonare o in presenza di una storia di malattia cronica cardiopolmonare stabile in un paziente di età superiore ai 70 anni.
5	**Non eseguire di routine radiografie del cranio nel trauma cranico lieve**
	Il trauma cranico minore o lieve è definito come un trauma cranico senza o con una storia di perdita di coscienza, amnesia o disorientamento, giunto all'osservazione con un Glasgow Coma Score - GCS di 14 o 15 (sono esclusi i pazienti con deficit neurologici focali, sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica). La Radiografia del cranio può identificare fratture che sono associate a un aumentato rischio di sanguinamento intracranico, ma non identifica il sanguinamento intracranico. Pertanto non è indicata di routine nel trauma cranico lieve, mentre la Tomografia Computerizzata (TC) è considerata l'esame di riferimento per l'individuazione di lesioni di immediata importanza clinica. L'effettuazione inappropriata di radiografia cranica nel trauma cranico può ritardare l'effettuazione di TC e di altri esami urgenti ed espone inutilmente a radiazioni ionizzanti. Nonostante la dimostrata scarsa utilità le richieste di radiografia del cranio continuano a pervenire numerose. Un punteggio GCS di 15 (paziente pienamente cosciente) e assenza di fattori di rischio e di sintomatologia tranne dolore nel punto di impatto controindicano peraltro anche la effettuazione immediata di TC.

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Data stesura: Marzo 2014. Ultima revisione: Dicembre 2022

ALLEGATO 6 – APPROPRIATEZZA DEGLI ESAMI PREOPERATORI (NICE)

Per gli esami preoperatori si fa riferimento alla linea guida NICE NG45 (2016); la cataratta è assimilabile alla chirurgia minore. La seconda tabella riproduce le raccomandazioni originali della linea guida NICE NG45

Tabella. Test diagnostici pre-operatori in relazione alla complessità dell'intervento chirurgico e alla classe ASA

CHIRURGIA MINORE			
Test pre-operatori	**ASA 1**	**ASA 2**	**ASA 3 o ASA 4**
Emocromo completo	Non di routine	Non di routine	Non di routine
Test di coagulazione	Non di routine	Non di routine	Non di routine
Funzionalità renale	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti a rischio di IRA[1]
ECG[2]	Non di routine	Non di routine	Considerare se non eseguito negli ultimi 12 mesi
Funzionalità respiratoria/ emogasanalisi	Non di routine	Non di routine	Non di routine
CHIRURGIA INTERMEDIA			
Test pre-operatori	**ASA 1**	**ASA 2**	**ASA 3 o ASA 4**
Emocromo completo	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti con patologie cardiovascolari o renali in caso di sintomi non valutati recentemente
Test di coagulazione	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti con epatopatia cronica: - Se il soggetto assume anticoagulanti e deve modificare il trattamento, elaborare un piano individuale secondo PDTA locali - Se i PDTA locali prevedono di valutare la coagulazione immediatamente prima dell'intervento chirurgico, eseguire test *point-of-care*[3]
Funzionalità renale	Non di routine	Considerare nei soggetti a rischio di IRA[1]	Sì
ECG[2]	Non di routine	Considerare nei soggetti con comorbidità cardiovascolari, renali o con diabete	Sì
Funzionalità respiratoria/ emogasanalisi	Non di routine	Non di routine	Considerare un consulto anestesiologico urgente dopo la valutazione di pazienti in classe ASA 3 o ASA 4 per sospetta insufficienza respiratoria

(Routine preoperative tests for elective surgery), per tipo di chirurgia e classe ASA.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

2. Recommendations for specific surgery and ASA grades: colour traffic light tables

ASA Grades (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System)	
ASA 1	A normal healthy patient
ASA 2	A patient with mild systemic disease
ASA 3	A patient with severe systemic disease
ASA 4	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life

Test	ASA 1	ASA 2	ASA 3 or ASA 4
Minor surgery (**examples**: excising skin lesion; draining breast abscess)			
Full blood count	Not routinely	Not routinely	Not routinely
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Not routinely
Kidney function	Not routinely	Not routinely	Consider in people at risk of AKI[1]
ECG	Not routinely	Not routinely	Consider if no ECG results available from past 12 months
Lung function/arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Not routinely
Intermediate surgery (**examples**: primary repair of inguinal hernia; excising varicose veins in the leg; tonsillectomy or adenotonsillectomy; knee arthroscopy)			
Full blood count	Not routinely	Not routinely	Consider for people with cardiovascular or renal disease if any symptoms not recently investigated
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Consider in people with chronic liver disease • If people taking anticoagulants need modification of their treatment regimen, make an individualised plan in line with local guidance • If clotting status needs to be tested before surgery (depending on local guidance) use point-of-care testing[2]
Kidney function	Not routinely	Consider in people at risk of AKI[1]	Yes
ECG	Not routinely	Consider for people with cardiovascular, renal or diabetes comorbidities	Yes
Lung function/arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Consider seeking advice from a senior anaesthetist as soon as possible after assessment for people who are ASA grade 3 or 4 due to known or suspected respiratory disease
Major or complex surgery (**examples**: total abdominal hysterectomy; endoscopic resection of prostate; lumbar discectomy; thyroidectomy; total joint replacement; lung operations; colonic resection; radical neck dissection)			
Full blood count	Yes	Yes	Yes
Haemostasis	Not routinely	Not routinely	Consider in people with chronic liver disease • If people taking anticoagulants need modification of their treatment regimen, make an individualised plan in line with local guidance • If clotting status needs to be tested before surgery (depending on local guidance) use point of care testing[2]
Kidney function	Consider in people at risk of AKI[1]	Yes	Yes
ECG	Consider for people aged over 65 if no ECG results available from past 12 months	Yes	Yes
Lung function/ arterial blood gas	Not routinely	Not routinely	Consider seeking advice from a senior anaesthetist as soon as possible after assessment for people who are ASA grade 3 or 4 due to known or suspected respiratory disease

AKI, acute kidney injury
[1]See recommendation 1.1.8 of the NICE guideline on acute kidney injury
[2]Note that currently the effects of direct oral anticoagulants (DOACs) cannot be measured by routine testing.

'Routine preoperative tests for elective surgery', NICE guideline NG45 (April 2016)
© National Institute for Health and Care Excellence 2016. All rights reserved.

ALLEGATO 7 – VALUTAZIONE CARDIOLOGICA PREOPERATORIA

L'elettrocardiogramma preoperatorio non è indicato di routine nella chirurgia della cataratta in anestesia topica/locale, procedura a basso rischio. Può essere considerato, se non eseguito nei 12 mesi precedenti, nei pazienti con cardiopatia nota (valvolare, ischemica, congenita, cardiomiopatie), nei portatori di pacemaker o defibrillatore, nei pazienti in dialisi e in quelli con sintomi cardiovascolari non valutati di recente (Linee guida ESC 2022 sulla valutazione cardiovascolare nella chirurgia non cardiaca, Figura 2; NICE NG45).

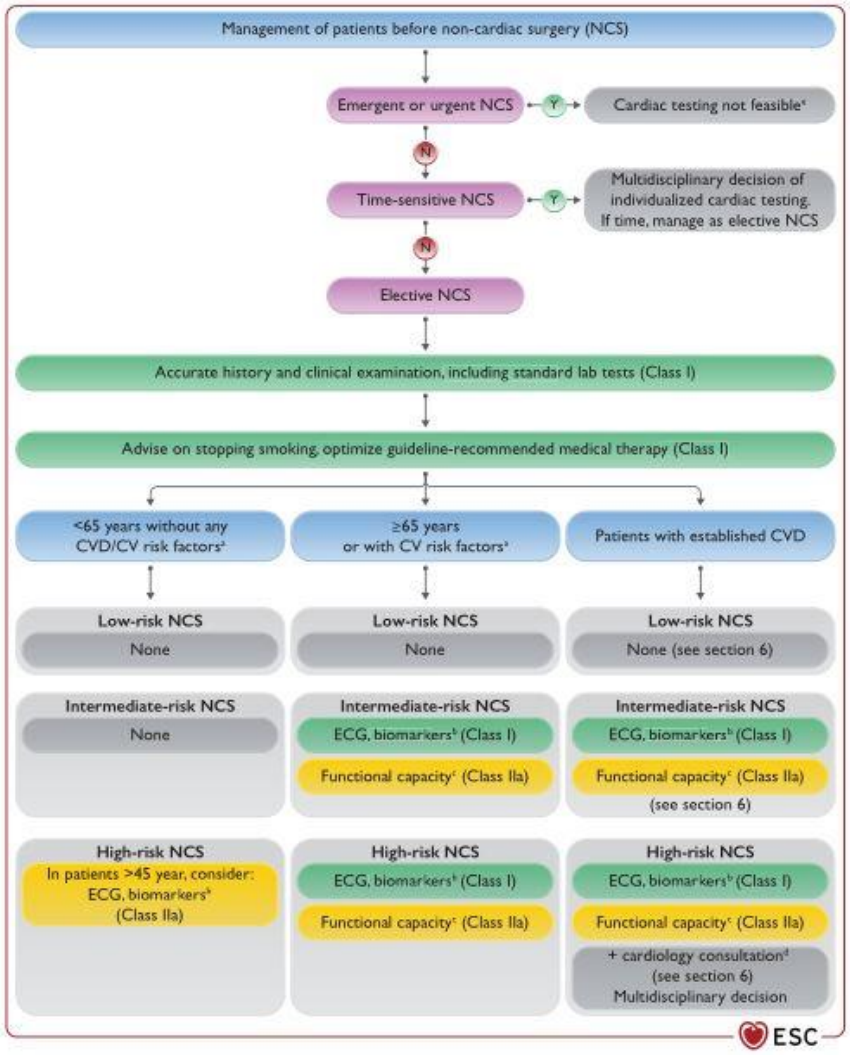


Figure 2 Pre-operative assessment before non-cardiac surgery. CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular disease; ECG, electrocardiogram; N, no; NCS, non-cardiac surgery. Y, yes; [a]CV risk factors: hypertension, smoking, dyslipidaemia, diabetes, family history of CVD. [b]Biomarkers: hs-cTn T/I (Class I) and/or BNP/NT-proBNP (Class IIa). If pathological, consult a cardiologist. [c]Functional capacity based on Duke Activity Status Index (DASI) or the ability to climb two flights of stairs. [d]For diagnostic and therapeutic efforts to be considered, see *Section 6*. [e]Close follow-up after intervention and subsequent management of heart disease are advised.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Perioperative Guidelines in Anesthesia Shane C. Dickerson, MD, Otolaryngol Clin N Am 52 (2019) 981–993
2. ASA physical status classification system. Committee of origin: standards and guidelines (approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014). Available at: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physicalstatus-classification-system.
3. 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.
4. Reilly DF, McNeely MJ, Doerner D, et al. Self-reported exercise tolerance and the risk of serious perioperative complications. Arch Intern Med 1999;159:2185–92.
5. Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG. Practice advisory for preanesthesia evaluation. An updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. Anesthesiology 2012;116(3):1–17.
6. Smetana GW. Preoperative medical evaluation of the adult healthy patient. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate. Available at: https://www.uptodate.com. Accessed January 18, 2019.
7. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. AAGBI safety guideline.Pre-operative assessment and patient preparation. 2010. Available at: http://www.aagbi.org/sites/default/files/preop2010.pdf. Accessed January 18, 2019.
8. Smetana GW, Lawrence VA, Cornell JE. Preoperative pulmonary risk stratificationfor noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. Ann Intern Med 2006;144(8):581–95.
9. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. Lancet 2003;362(9397):1749–57.
10. Smetana GW, Macpherson DS. The case against routine preoperative laboratory testing. Med Clin North Am 2003;87(1):7–40.
11. Muluk VM, Cohn SL,Whinney C. Perioperative medication management. In: Post TW,editor. UptoDate. Waltham (MA). Available at: https://www.uptodate.com/contents/perioperative-medication-management
12. Rethinking the routine: Preoperative laboratory testing among American Society of Anesthesiologists class 1 and 2 patients before low-risk ambulatory surgery in the 2017 National Surgical Quality Improvement Program cohort George A. Taylor, MD, MSa, Lawrence B. Oresanya, MDa,b, Sarah M. Kling, MDa, Vishal Saxena, MDa,b, Olga Mutter, MDc, Swathi Raman, BA, MPHb, Eric Y. Cho, MDa, Paul Deitrick, DMD, FACSb,d, Matthew M. Philp, MD, FACSa,b, Kathryne Sanserino, MDe, Lindsay E. Kuo, MD, MBA, FACSa,b,* Surgery 171 (2022) 267e274
13. Oprea AD. Choosing Wisely in preoperative testing: are we there yet? J Clin Anesthes. 2019;56:136e137.
14. Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, et al. Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery. Ann Surg. 2012;256:518e528.
15. Fischer JP, Shang EK, Nelson JA, et al. Patterns of preoperative laboratory testing in patients undergoing outpatient plastic surgery procedures. Aesthet Surg J. 2014;34:133e141.
16. Preoperative Evaluation for Ambulatory Anesthesia What, When, and How? Obianuju Okocha, MDa, Rebecca M. Gerlach, MDb,BobbieJean Sweitzer, MDaAnesthesiology Clin 37 (2019) 195–213
17. Linee guida per la richiesta appropriata dei test pre-operatori nella chirurgia elettiva. A. Cartabellotta, G:M. Anzellotti; Evidence Gennaio 2017, volume9, Issue 1
18. Choosing Wisely Italy https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazioni/
19. Buone Pratiche Cliniche Perioperatorie C.Abbinante and co ISBN 9788890566882
20. De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2018 ;35:407-65.
21. National Guideline Centre (UK). Preoperative Tests (Update): Routine Preoperative Tests for Elective Surgery. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016.
22. Committee on Standards and Practice Parameters. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2012;116:522-38.
23. Klein AA, Arrowsmith JE. Should routine pre-operative testing be abandoned? Anaesthesia 2010; 65:974-6.
24. Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio. Non richiedere di routine esami di laboratorio preoperatori in pazienti a basso rischio (per chirurgia minore e per chirurgia intermedia nei pazienti ASA 1, ASA 2). https://choosingwiselyitaly.org/wp-content/uploads/2018/06/Scheda-SIPMeL-2017-2023-ok.pdf. [(ultimo accesso 14 febbraio 2024].
25. REGOLAMENTO REGIONALE 20 Agosto 2020, n. 15. «Attuazione della L. R. n. 9/2017 e s.m.i.. Definizione dei requisiti strutturali organizzativi e tecnologici delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico – terapeutiche».
26. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 Luglio 2022, n. 1065. Approvazione definitiva del regolamento regionale avente ad oggetto: «Modifica ed integrazione del Regolamento regionale 20 Agosto 2020, n.15 recante: Attuazione della L. R. n. 9/2017 e s.m.i.. Definizione dei requisiti strutturali organizzativi e tecnologici delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico – terapeutiche».
27. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna: *Linee guida per un uso appropriato degli esami preoperatori*, 1999.

28. British Columbia Medical Association: *Preoperative Testing*, 2000.

29. SIAARTI - Gruppo di Studio per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: *Raccomandazioni per la valutazione anestesiologica in previsione di procedure diagnostiche terapeutiche in elezione*, 1998.

30. ANAES. Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Santé: *Reccomandations et reférénces médicales les examens préopératoires systématiques*, 1998.

31. Ospedale Niguarda di Milano: *Linee guida per la valutazione anestesiologica preoperatoria*, 1996.

32. Commissione SIAARTI/AAROI sull'anestesia in day surgery: *Raccomandazioni clinico-organizzative per l'anestesia in day surgery*, 2000.

33. ICSI Institute for Clinical System Improvement: *Health care Guideline: preoperative evaluation*, 2003.

34. American College of Cardiology and the American Association: *Guideline update on perioperative cardiovascular evaluation for non cardiac surgery*, 2002.

35. National Guideline Clearinghouse: *Preoperative evaluation*, 2004. NHS National Institute for Clinical Excellence: *Preoperativetests. The use of routine preoperative tests for elective surgery*, 2003.

36. Chung F, et al: AnesthAnalg 108:467, 2009.

37. Fisher SP: Anesthesiology 85: 196, 1996.

38. Issa MRN, et al: RevBrasAnestesiol 61:60, 2011.

39. Power LM, Thackray NM: Anaesth Intensive Care 27:481, 1999.

40. Tsen LC, et al: AnestAnalg 95:1563, 2002.

41. Preoperative Laboratory Testing Matthias Bock, MD, Priv-Doza,b, Gerhard Fritsch, MD, Priv-Dozb,c, David L. Hepner, MD, MPHd,*

42. AIMO, SIAARTI, SISO, SIFoP. *La chirurgia della cataratta dell'adulto: indicazioni all'intervento, percorso preoperatorio, tecniche operatorie, percorso postoperatorio.* Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS), 2022

43. American Academy of Ophthalmology. *Cataract in the Adult Eye – Preferred Practice Pattern.* AAO; 2021.

44. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Cataracts in adults: management.* NICE guideline NG77; 2017.

45. The Royal College of Ophthalmologists. *Cataract Surgery Guidelines.* RCOphth; 2010 (documento archiviato, superato dalla LG NICE NG77/2017).

46. American Academy of Ophthalmology. *Cataract/Anterior Segment Summary Benchmarks* (traduzione italiana). AAO; 2016.

47. Istituto Superiore di Sanità. *Appropriatezza clinica per l'accesso alla visita oculistica – Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA).* SNLG-ISS.

48. Schein OD, Katz J, Bass EB, et al. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. N Engl J Med. 2000;342(3):168-75.

49. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD007293.

50. Lira RPC, Nascimento MA, Arieta CEL, et al. Are routine preoperative medical tests needed with cataract surgery? Rev Panam Salud Publica. 2001;10(1):13-7.

51. Cavallini GM, Saccarola P, D'Amico R, et al. Impact of preoperative testing on ophthalmologic and systemic outcomes in cataract surgery. Eur J Ophthalmol. 2004;14(5):369-74.

52. Katz J, Feldman MA, Bass EB, et al. Injectable versus topical anesthesia for cataract surgery: patient perceptions of pain and side effects. Ophthalmology. 2000;107(11):2054-60.

53. Chen CL, Lin GA, Bardach NS, et al. Preoperative medical testing in Medicare patients undergoing cataract surgery. N Engl J Med. 2015;372(16):1530-8.

54. Bass EB, Steinberg EP, Luthra R, et al. Do ophthalmologists, anesthesiologists, and internists agree about preoperative testing in healthy patients undergoing cataract surgery? Arch Ophthalmol. 1995;113(10):1248-56.

55. Reeves SW, Friedman DS, Fleisher LA, et al. A decision analysis of anesthesia management for cataract surgery. Am J Ophthalmol. 2003;135(5):599-606.

56. Rosenfeld SI, Litinsky SM, Snyder DA, et al. Effectiveness of monitored anesthesia care in cataract surgery. Ophthalmology. 1999;106(7):1256-60.

57. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Anesthesia for cataract surgery: clinical and cost-effectiveness. CADTH; 2017.

58. Basta B, et al. Anaesthesia for cataract surgery. Minerva Anestesiol. 2011.

59. Gemma M, et al. Predictors of anesthesiologist interventions during cataract surgery. Eur J Ophthalmol. 2010.

60. Khan FA, et al. Anesthesia management during cataract surgery. Saudi J Anaesth. 2020.

61. Tantri A, et al. Anaesthesia for cataract surgery. J Cataract Refract Surg. 2006.

62. Duroi Q, Baudet JM, Bigoteau M, et al. Ambulatory cataract surgery centre without perioperative anaesthesia care: a prospective cohort study. Sci Rep. 2021;11:8311.

63. Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022;43(39):3826-3924.

64. Conferenza Stato-Regioni. Accordo del 9 luglio 2020 sul documento «Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato».

65. Conferenza Stato-Regioni. Accordo del 1° agosto 2002 «Linee guida per le attività di day surgery».

66. Ministero della Salute. Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist. Ottobre 2009.

67. Ministero della Salute. Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☐ SOGGETTA a pubblicazione ☒ NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20260002361 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260002047 DEL 30/10/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Abbinante Crescenza	*Firmato digitalmente il 27/10/2026 10:41*