

EDITORIALE

ORGANIZZAZIONE DI UNA DAY SURGERY PER LA CHIRURGIA DELLA MANO

R. MELE*, P.L. MERLO*, A. FERRAMOSCA**

* U.O. di Chirurgia della Mano-Microchirurgia-Traumatologia,, Ospedale Civile S.Maria degli Angeli, Pordenone
Responsabile : Dott. R. Mele

** Responsabile Organizzativo Gestionale, Day Surgery Ospedale Civile di Sacile (PN)

Day Surgery's organization for surgery of the hand.

SUMMARY

Day Surgery (DS) means executing an operation in daily hospitalization, usually in local anaesthesia. According to the regulations in force, suitable structures and patterns are organized as unities or as traditional structures or dedicated beds. Patients are adults in good health, with a standardized disease (carpal tunnel syndrome, trigger finger, de Quervain's tendinitis, ganglion cysts) and an easy post-operative management. Patients' preparation, surgical treatment and discharge comply with criteria established according to appropriate protocols. Complications are managed through links with emergency units. The periodical analysis of surgical interventions will show a correct use of the operating theatre. The DS patterns meets all the organizational and managing efficiency requirements.

Riv Chir Mano 2002; 39: 187-195

KEY WORDS

Day surgery, organizational patterns, patient's special records

RIASSUNTO

La Day Surgery (DS) rappresenta la possibilità di eseguire interventi chirurgici con ricovero limitato alle ore del giorno, solitamente in anestesia locale. La normativa di riferimento prevede strutture adeguate e modelli organizzativi definiti come unità autonome indipendenti, unità di degenza all'interno di strutture tradizionali o posti letto dedicati. Il paziente che affersce alla DS è un maggiorenne, a basso rischio operatorio, affetto da una patologia standardizzata (STC, dito a scatto, De Quervain, cisti artrogene ecc.), di facile gestione post-operatoria. La preparazione del paziente, la procedura chirurgica e la dimissibilità seguono criteri prefissati da appositi protocolli. È prevista anche la gestione di complicanze immediate tramite il collegamento con unità di pronto intervento. L'analisi periodica del lavoro effettuato dimostrerà l'utilizzo adeguato della struttura operatoria. Il modello della D.S. risponde a requisiti di efficienza organizzativa ed economia di gestione.

PAROLE CHIAVE

Chirurgia di giorno, modelli organizzativi, protocollo di gestione del paziente

INTRODUZIONE

Il modello organizzativo della Day Surgery (DS) risale, nella sua prima definizione, al 1992

(1), come la "possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in pazienti che ven-

Arrived: giugno 2002

Accepted: dicembre 2002

Corrispondence: Dott. Ruggero Mele U.O. di Chirurgia della Mano-Microchirurgia-Traumatologia, Ospedale Civile di Pordenone, via Montereale 24, 33170 Pordenone - Tel. 0434/399369 o 367 - Fax 0434399398

gono poi dimessi nella stessa giornata di ammissione”.

Da allora, attraverso sviluppi ed integrazioni (documenti guida emessi dall’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali - ASSR - nel ’96 e ’97, dalla Federazione Italiana Day Surgery - FIDS - nel ’95 - ’96 e con il DPR del 14.1.’97), si è giunti alla attuale organizzazione e definizione di DS/Chirurgia di giorno come “la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno o, con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale” (1).

La normativa generale di riferimento parte con il DPR del 20. 10. 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l’attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali”, con il quale venivano attivati dei posti letto equivalenti pari al 10% dei totali ospedalieri su base regionale.

Tra il ’92 ed il ’95 il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) promulgava diversi documenti che confluivano nella “Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche da effettuare in regime di assistenza a ciclo diurno” emanate nel ’96 dalla ASSR (2). Qui viene distinta la chirurgia ambulatoriale dalla DS, vengono selezionati i tipi di interventi eseguibili con questi ricoveri e forniti modelli organizzativi (unità autonome, unità di degenza, posti letto dedicati). In particolare queste linee guida forniscono indicazioni sulla selezione dei pazienti, la gestione del trattamento e della dimissibilità, nonché la necessità di un registro, del consenso informato e della relazione al Curante (3, 4).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

Con il decreto del Presidente della Repubblica (DPR) del 14.1.1997 vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per la DS.

Requisiti minimi strutturali

Prevedono la dotazione di locali e spazi correlati all’attività erogata, come:

- camera di degenza con posti letto;
- locale visita e medicazioni;
- spazio attesa e registrazione-archivio;
- zona filtro e sala operatoria;
- zona preparazione personale e paziente;
- deposito materiali e strumentario chirurgico;
- cucinetta, servizi igienici;
- deposito pulito-sporco.

Requisiti tecnologici

Prevedono la dotazione minima impiantistica, di arredi e le caratteristiche igrometriche, termiche ed elettriche dei locali:

- impianto gas medicali, aspirazione e segnalazione esaurimento;
- impianto chiamata sanitari
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio
- tavolo operatorio
- strumentazione chirurgica adeguata
- carrello per la gestione delle medicazioni, terapia ed emergenza
- apparecchiature per anestesia
- impianto rilevazione incendi
- impianto illuminazione d’emergenza
- utilities alberghiere

Requisiti organizzativi (5)

Prevedono una serie di protocolli per la gestione dei pazienti dalla fase diagnostica, operatoria, di follow-up ed una dotazione di organico professionale medico ed infermieristico atto alla attività specifica.

I modelli organizzativi possibili per l’erogazione dell’assistenza in DS sono tre e provengono dall’esperienza maturata da paesi come il Canada, l’Australia, gli USA e la Gran Bretagna:

- Unità Autonome completamente indipendenti come gestione, organizzazione e struttura; dotate di propri ambienti, mezzi e personale (un padiglione dell’ospedale o un presidio di una azienda ospedaliera);
- Unità di Degenza situate all’interno di un isti-

tuto tradizionale di ricovero, dove sono accolti solo pazienti in regime di DS e che utilizzano personale e sale della struttura di appartenenza, secondo turni prestabiliti. Possono essere mono o polispecialistiche a seconda che vi afferiscano una o più discipline specialistiche;

- Posti Letto Dedicati situati all'interno di una unità ordinaria di degenza, dove vengono ricoverati gli assistiti in DS, in camere separate; sale operatorie e personale sono in comune con le degenze ordinarie.

ANALISI DELLA UNITÀ OPERATIVA

Un'unità operativa che si dedica ai casi di chirurgia della mano con degenza limitata ad un giorno deve prevedere dunque una serie di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi nonchè gestire protocolli di ammissione, cura e dimissibilità del paziente, garantire una continuità di cura anche al di fuori dell'orario di attività e prevedere una gestione delle complicanze ed emergenze; la qualifica del personale medico, infermieristico e tecnico è una prerogativa essenziale per il buon funzionamento della intera unità operativa (6).

In particolare si definiscono i seguenti aspetti:

- la tipologia organizzativa con attività operatoria programmata con determinato orario, disponibilità di sala operatoria con pre-sala, sala di degenza con posti letto dedicati, attività ambulatoriale propedeutica all'attività chirurgica in un ambulatorio predisposto e con determinato orario, segreteria attiva per la pianificazione operatoria;

- la qualifica del personale: medico (distinto nel chirurgo specialista con attività comprovata nel settore più eventualmente un medico di supporto e nel medico anestesista presente durante tutto il periodo di attività chirurgica); infermieristico (una caposala responsabile delle attività di reparto e della sala operatoria, un infermiere professionale/strumentista, un infermiere aiuto sala ed un infermiere con compiti di assistenza al malato); inoltre personale ausiliario ed operatore socialmente utile;

- la visita specialistica del paziente ha lo scopo di valutare clinicamente ed anamnesticamente il ma-

lato, richiedere eventuali esami di laboratorio o strumentali, valutare la idoneità ad eseguire l'intervento in DS e richiedere il consenso informato all'atto chirurgico (7). Qualora vengano identificati dei fattori di rischio o comunque il chirurgo lo ritenga necessario, si deve prevedere la richiesta di visita anestesiologicala (8);

- l'attività di programmazione viene affidata ad una segreteria, che predisponde la cartella clinica del paziente, programma gli interventi in base alla lista di attesa, fissandone la data e gli eventuali esami preoperatori;

- gli interventi sono raggruppati preferibilmente in tre classi a seconda del tempo medio di esecuzione e precisamente la classe I (circa 10 minuti come dito a scatto, sindrome del tunnel carpale e m. di De Quervain), la classe II (circa 30 min come tenolisi ed allungamenti) e la classe III (circa 20 min per tutti gli altri tipi). Eccezionalmente potranno eseguirsi interventi di maggior durata che però non ottimizzeranno lo sfruttamento del DS (come vedremo in seguito);

- nel caso di complicanze od emergenze deve prevedersi la connessione con una struttura di rianimazione e terapia intensiva.

PROTOCOLLO DI AMMISSIONE, CURA E DIMISSIONE DEL PAZIENTE

Protocollo di ammissione (Tab. 1)

Lo "screening" del paziente candidato alla DS viene effettuato dal chirurgo di concerto con l'anestesista in base a criteri sociali, clinici e chirurgici.

- Criteri sociali:

il paziente deve essere in grado di comprendere ed accettare l'iter proposto, osservando le prescrizioni terapeutiche; avere una persona di accompagnamento ed assistenza; risiedere a non più di un'ora da una struttura ospedaliera ed avere una disponibilità telefonica al domicilio.

- Criteri clinici:

di età preferibilmente maggiorenne, in quanto i bambini possono andare incontro a crisi di panico o di apnea post-operatoria; in buono stato di salute, ASA I (pazienti sani, asintoma-

Tabella 1. *Questionario per candidati in Day Surgery*

DAY SURGERY		<i>Tel</i>	
QUESTIONARIO PER PAZIENTI CANDIDATI AD INTERVENTI DI CHIRURGIA DI ELEZIONE IN DAY SURGERY			
Cognome e Nome	Età	Peso	Tel
• Problemi anestesiológicos in precedenti interventi (anche stomatologici)?	NO SI		
• Ipertensione arteriosa (pressione alta)	NO SI	In trattamento: NO SI	
• Cardiopatie? (infarto, dolore toracico, gonfiore alle caviglie, valvulopatia, prolasso mitralico, affanno dopo sforzo, ecc.)	NO SI		
• Pncumopatie? (asma, enfisema, bronchite cronica, tosse persistente, ecc.)	NO SI		
• Diabete?	NO SI	In trattamento: NO SI	
• Patologia della coagulazione (epistassi, ematomi, sanguinamento gengivale, ecc.)	NO SI		
• Allergia e/o intolleranza a farmaci	NO SI		
• Assunzione sistematica di farmaci	NO SI		
• Turbe psichiche (stati d'ansia, attacchi di panico, depressione, ecc.)	NO SI		
• Altre malattie importanti non comprese in lista	NO SI		
• Gravidanza in atto?	NO SI		
• Epatite e/o positività sierologica per HAV, HBV, HCV	NO SI		
• Positività per Ac antiHIV?	NO SI		
• Abuso di alcool o droghe?	NO SI		
• Dispone di persona capace e responsabile che la accompagni e la assista nelle prime 24h dopo l'intervento?	NO SI		
• Ha la disponibilità di un telefono al proprio domicilio?	NO SI	Numero	
• Risiede a non più di un'ora dall'Ospedale dove è stato programmato l'intervento o da un altro Ospedale?	NO SI		
• Richiesta visita anestesiológica?	NO SI		

tici) e ASA 2 (pazienti con malattia sistemica lieve, compensata farmacologicamente); comunque resta di fondamentale importanza la valutazione anestesiológica pre-operatoria di pazienti potenzialmente a rischio.

– Criteri chirurgici:

interventi di elezione e non d'urgenza, di durata non superiore ad un'ora, di "facile" eseguibilità chirurgica con bassa incidenza di complicanze, scarso dolore e sanguinamento, che si prestino ad una gestione domiciliare post-operatoria.

Protocollo di cura (Tab. 2)

Possiamo considerare tre fasi di un processo operatorio di cura e precisamente quella pre-operatoria, operatoria e quella post-operatoria.

La fase pre-operatoria consta di:

- accoglienza e raccolta dati anagrafici;
- valutazione chirurgica, indagini preoperatorie e valutazione anestesiológica;
- ottenimento del consenso informato;
- predisposizione da parte della segreteria della cartella clinica;
- successivo accoglimento ospedaliero il giorno prestabilito con relativa preparazione (assegnazione posto letto, vestizione, compilazione scheda di accoglienza, misurazione e trascrizione parametri vitali)
- rivalutazione medica.

La fase operatoria prevede:

- il trasporto del paziente dalla stanza di degenza alla sala preoperatoria;
- la vestizione, incannulazione e monitoraggio del medesimo;
- l'effettuazione della anestesia;
- la preparazione all'intervento con trasferimento sul lettino operatorio e monitoraggio;
- l'intervento;
- la medicazione del paziente ed il riordino della sala.

La fase post-operatoria è costituita da (Tab. 3):

- il trasporto del paziente dalla sala operatoria alla sala degenza;
- l'osservazione del paziente e delle sue condizioni cliniche;

- la rivalutazione medica del paziente e verifica dei criteri di dimissibilità;
- la medicazione e quindi la dimissione con consegna delle istruzioni scritte e della lettera per il medico curante;
- l'ulteriore controllo ambulatoriale dopo tre giorni circa.

A completamento di quanto scritto appare necessario sottolineare l'importanza di un monitoraggio perioperatorio e di una sorveglianza post-anestesiológica del paziente con trascrizione nella cartella clinica di tutte le procedure inerenti alla ammissione, cura e dimissione del paziente e con allegata l'eventuale scheda anestesiológica; gli interventi dovranno essere riportati su un apposito registro con annotati gli elementi identificativi del paziente, la diagnosi, la terapia effettuata e gli operatori, i tempi operatori ed il tipo di anestesia, infine le eventuali complicanze immediate.

Protocollo di dimissione del paziente

La dimissibilità del paziente viene definita dal chirurgo di concerto con l'anestesista e soddisfa i seguenti criteri:

- stabilità dei segni vitali, respiratori e cardio-circolatori;
- orientamento spazio-temporale;
- capacità deambulatoria, di ingerire e mingere spontaneamente;
- regressione del blocco anestesiológico con ripresa della motricità e sensibilità periferica;
- assenza di sanguinamento e dolore eccessivo.

Viene consegnata quindi una relazione scritta per il medico curante con le istruzioni post-operatorie, i consigli terapeutici ed il recapito telefonico della struttura e del chirurgo operatore per la gestione delle eventuali complicanze.

Nel caso di non rispondenza dei criteri di dimissibilità, sarà dovere del chirurgo responsabile attivarsi per il trasferimento del paziente presso un'U.O. di Medicina o un Dipartimento di emergenza preposto.

La cartella clinica sarà depositaria di tutto l'iter diagnostico-terapeutico del paziente, ivi comprese la documentazione anestesiológica e le eventuali complicanze peri e post operatorie immediate (9, 10).

Tabella 2. Modulo di consenso all'anestesista

Day surgery

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL' ANESTESIA IN REGIME DI DAY SURGERY

Gentile Signore/a, _____

La informiamo che:

da un' attenta valutazione del Suo stato generale di salute, in rapporto all' intervento chirurgico programmato per Lei in regime di ricovero diurno (Day surgery), è emerso che la procedura anestesiológica adeguata è

un' Anestesia _____

La informiamo tuttavia che per motivi di ordine clinico, potrebbe essere necessario modificare la tecnica di

Anestesia proposta: es. _____

Durante l' Anestesia le verrà assicurato un controllo clinico e/o strumentale dei parametri vitali, adeguato alle Sue condizioni cliniche ed all' intervento chirurgico in atto.

L' Anestesia moderna è sicura, tuttavia come accade per tutte le discipline mediche, pur attuata con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da possibili complicanze anche gravi. In particolare la procedura anestesiológica proposta per il Suo intervento chirurgico può, anche se raramente, dar esito alle seguenti

complicanze aggiuntive: _____

La informiamo inoltre della possibilità, per motivi clinici, del prolungamento del ricovero anche per le ore notturne.

Le forniremo delle istruzioni scritte riguardanti il periodo preoperatorio e postoperatorio a cui lei dovrà strettamente attenersi, Le forniremo inoltre un recapito telefonico a cui può rivolgersi in caso di necessità.

E' indispensabile inoltre che Lei abbia le seguenti disponibilità:

° Un telefono al proprio domicilio

° Una persona capace e responsabile che la accompagni dopo la dimissione e che l' assista nelle prime 24 ore

° Pernottare a non più di un' ora dall' ospedale dove è stato eseguito l' intervento o da un' ospedale di riferimento

(Data)

(firma del Medico)

Dichiaro che il medico Dr. _____ mi ha fornito esaurienti informazioni sul trattamento anestesiológico che mi è stato proposto, sulle possibili complicanze, sulle potenziali tecniche alternative e sui sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali utilizzati durante l' intervento.

Dichiaro di aver avuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti e di aver compreso le informazioni contenute nel presente modulo. Accetto pertanto di sottopormi alle procedure necessarie.

Dichiaro inoltre:

° di osservare scrupolosamente le prescrizioni mediche nel periodo pre e postoperatorio;

° di avere disponibilità di un telefono al proprio domicilio;

° di disporre di una persona capace e responsabile che mi accompagni dopo la dimissione e che mi assista per le prime 24 ore;

° di pernottare a non più di un' ora dall' ospedale dove è stato eseguito l' intervento o da un' ospedale di riferimento.

Esigo, inoltre, che siano rispettate, nel corso del ricovero, le seguenti mie indicazioni _____

(Data)

(Firma del paziente)

min; classe 2 da 30 min; classe 3 da 20 min);

fase F = post-operatoria con medicazione e trasferimento in pre-sala (5 min);

fase G = trasporto del paziente alla sala di degenza (5 min).

Volendo dunque calcolare il numero di interventi effettuabili per la saturazione ottimale del sistema operatorio (N max), dovremo definire il rapporto fra il tempo complessivo di durata di una seduta operatoria, TSO, (cui va sottratto il tempo della fase pre e post-operatoria) e il tempo della fase operatoria propriamente detta, ovvero:

$$N \max = \frac{TSO - (A+B+C+G)}{(D+E+F)}$$

N max definisce quindi il numero medio di interventi per ottimizzare i processi operatori.

Se consideriamo, ad esempio, gli interventi in anestesia locale a seconda della classe (1 = 10 min, 2 = 30 min, 3 = 20 min) effettuabili in una finestra temporale complessiva di, poniamo, 5 ore ovvero 300 min (nell'ipotesi dalle h. 8.00 alle h. 13.00), calcoleremo il numero di interventi per la saturazione del sistema come:

$$N \text{ Max } 10 = \frac{300 - (2+10+5)}{(10+10+5)} = 11$$

$$N \text{ Max } 20 = \frac{300 - (2+10+5)}{(10+20+5)} = 8$$

$$N \text{ Max } 30 = \frac{300 - (2+10+5)}{(10+30+5)} = 7$$

Il che significa che, per interventi in anestesia locale, dove la fase C non viene considerata perchè eseguita dal chirurgo, il numero ottimale sarà rappresentato da circa 11 interventi considerando la

classe 1, da circa 8 interventi considerando la classe 3 e da circa 7 interventi per la classe 2 da 30 min. Questi saranno dunque i numeri ottimali di interventi da eseguire per saturare un sistema operatorio complessivo di 5 ore.

Considerando altresì interventi in anestesia di plesso, dovremo fare i conti con circa 30 minuti in più anestesiológicos che fanno abbassare il numero di interventi a:

$$N \text{ Max } 10 = \frac{300 - (2+10+20+5)}{(10+10+5)} = 11$$

$$N \text{ max } 20 = 7$$

$$N \text{ max } 30 = 6$$

È ovvio che questa formulazione matematica prescinde dall'eventuale imprevisto o difficoltà intrinseca che accompagnano ogni atto chirurgico, ma ben si presta a quantificare l'entità di una seduta operatoria correttamente svolta.

CONCLUSIONI

L'organizzazione di una Day Surgery per la chirurgia della mano deve considerare aspetti strutturali e tecnologici adeguati, possedere requisiti minimi organizzativi per disciplinare i settori di attività e contare sulla formazione del personale medico e paramedico preposto; garantire una qualità e continuità di cure al paziente gestendo protocolli di ammissione, cura e dimissibilità.

La verifica periodica della qualità e quantità del servizio svolto sarà l'unità di misura che esprime l'ottimizzazione delle risorse.

In Italia la politica di contenimento della spesa sanitaria può trovare la sua espressione nel modello della Day Surgery che risponde ad esigenze di economia gestionale ed efficienza organizzativa. La realtà di altri Paesi, come gli USA ed il Canada dove la percentuale degli interventi chirurgici realizzati in regime di DS si attesta intorno al 60 %, la Gran Bretagna con un progressivo aumento fino al

50%, testimonia le reali possibilità di questo modello assistenziale, che potrà trovare anche in Italia un fertile sviluppo tramite l'educazione adeguata dei medici, la corretta informazione dei pazienti e la collaborazione delle istituzioni sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I. Day Surgery: Concetti e possibilità di attuazione. Federazione Medica, 1993.
2. Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC. Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno. Rapporto gruppo di lavoro Agenzia per i Servizi Sanitari, 1996.
3. Campanelli G, Cavandoli R, Bottero L, Pietri P. La DS: un nuovo modello organizzativo e tecnico. Quaderni di Panorama della Sanità 1997; 3, anno III: 9-15.
4. Corvetti R, Giannini F, Patavino UM. Valutazione della attività chirurgica. Gli interventi chirurgici trasferibili in DS. Quaderni di Panorama della Sanità 1997; 3, anno III: 16-23.
5. Sandrucci S, Lampugnani R. Le regole per il funzionamento delle strutture: il regolamento delle Unità. In: Le basi della qualità in Day Surgery. Athena Audiovisuals 1999; 81-100.
6. Bettelli G. Basi metodologiche della qualità in Day Surgery e qualità dell'organizzazione. In: Le basi della qualità in Day Surgery. Athena Audiovisuals 1999; 39-57.
7. Gennari M, Balestrino A, Cenetti S. Il consenso informato al trattamento chirurgico in Day Hospital. Atti I° Congresso Nazionale SICADS 1996: 37.
8. Laquaniti L, Irone M, Dal Pizzol V. L'anestesia in Day Surgery: perché e come. Evoluzione Gruppo San Marco, 1997.
9. Macchiarelli L, Feola T. Medicina Legale: La cartella clinica. Minerva Medica 1995; 1607-14.
10. Benucci G, Bacci M, Pezzulli S, et al. Il controllo di qualità della cartella clinica: un ruolo della Medicina Legale nelle Aziende Sanitarie. I criteri e i risultati di un'indagine sperimentale. Riv It Med Leg 1997; XIX: 675-706.