

## Gestione del paziente in day surgery

La chirurgia sta subendo un processo di grande trasformazione grazie all'avanzamento tecnologico e farmacologico e al miglioramento nella diagnosi e nella cura di molte patologie. A ciò si affianca l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, come la *day surgery* e la fase pre operatoria, sempre più spesso gestita in ambito extra ospedaliero.

La possibilità di intervenire su pazienti sempre più anziani e complessi, la necessità di migliorare la qualità delle prestazioni e l'aumento dei costi dei servizi erogati richiedono la distinzione, all'interno del flusso di pazienti, tra quanti hanno bisogno del ricovero tradizionale e quanti, invece, possono essere operati in regime diurno. In alcuni paesi (Stati Uniti, Canada, Australia) le prestazioni in *day surgery* sono comprese nel settore ambulatoriale, in altri (Italia, Francia, Inghilterra) nel settore di ricovero.

Nata negli Stati Uniti, la *day surgery* è arrivata in Italia verso i primi anni ottanta. Il primo importante lavoro italiano di ricerca, tuttavia, riguarda gli anni 1990-1992,<sup>1</sup> cui seguì nel 1996 un Atto di intesa tra lo Stato e le regioni su questo tema.

In questo dossier si affrontano alcuni temi rilevanti per l'infermiere tratti dalla normativa nazionale che regola le attività in *day surgery*, si riportano i criteri minimi delle strutture adibite a questo tipo di prestazioni e alcune prove

con i riflessi sulla pratica quotidiana. Per ogni paziente il ricorso alla *day surgery* viene valutato dal medico in piena autonomia e responsabilità sulla base di criteri clinici, organizzativi (della struttura) e in relazione ad aspetti socio-familiari, previo consenso scritto.

La *day surgery* consente di erogare in un tempo breve prestazioni di elevata qualità, efficacia ed efficienza organizzativa a costi contenuti e con una bassa percentuale di complicanze. La sua applicazione rimane, tuttavia, ben al di sotto delle aspettative. L'introduzione dei DRG e la Circolare del Ministero della sanità (Linee guida n. 1/95)<sup>3</sup> sulla determinazione media della tariffa delle prestazioni chirurgiche di ricovero diurno in base a pacchetti predefiniti di trattamento – che comprendono gli accertamenti pre operatori, l'intervento e i controlli post operatori – hanno rappresentato un passaggio decisivo per superare queste difficoltà.

### Definizioni

La chirurgia ambulatoriale è intesa come “la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche (invasive e seminvasive) praticabili senza ricovero in ambulatori (protetti e non), in anestesia topica, locale, loco-regionale (limitatamente agli ambulatori protetti) o analgesia”<sup>4</sup>

---

➤ Le finalità . . . . .	2
➤ Modelli organizzativi . . . . .	3
➤ Requisiti minimi . . . . .	3
➤ Interventi chirurgici in <i>day surgery</i> . . . . .	3
➤ La valutazione preoperatoria . . . . .	4
➤ Percorso clinico assistenziale . . . . .	5
➤ Linea guida italiana . . . . .	6
➤ Linea guida del Joanna Briggs Institute . . . . .	7

---

Le attività di chirurgia ambulatoriale non sono quindi effettuate in regime di ricovero e non richiedono, per le condizioni generali del paziente e le caratteristiche degli interventi, una organizzazione complessa, soprattutto pre e post operatoria, come quella offerta invece dalla *day surgery*.<sup>4</sup>

Di contro la *day surgery* è definita come “la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche invasive e seminvasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno in anestesia locale, loco-regionale o generale”<sup>5</sup>

La degenza del paziente è quindi limitata al solo giorno dell'intervento, escludendo il pernottamento.

Se è necessario prolungare la degenza anche per la notte seguente l'intervento, si parla di *one day surgery*. La *one day surgery* potrebbe allargare le indicazioni chirurgiche a pratiche miniminvasive e videolaparoscopiche eseguibili in anestesia generale, effettua-

re interventi spesso gravati da una significativa incidenza di complicanze,<sup>6</sup> consentire l'accesso a pazienti che non possano essere dimessi per problemi socio-familiari, psicologici o clinici.

## Le finalità

La necessità di ridurre i tempi di ospedalizzazione e i costi orienta sempre più alle prestazioni chirurgiche in regime di *day surgery*, realizzabili grazie anche al notevole miglioramento delle tecniche anestesiológicas e alla riduzione di invasività di alcune procedure. L'utente tende ancora oggi a non voler rinunciare alla degenza tradizionale, che probabilmente lo fa sentire più sicuro, per questo si devono garantire efficacia e sicurezza, ponendo al centro dell'attenzione il malato, utilizzando le prove di efficacia e garantendo la continuità delle cure anche dopo la dimissione. Le difficoltà maggiori per il personale medico e infermieristico sono dovute soprattutto al fatto che il ricovero, l'intervento e la dimissione sono molto ravvicinati. E' importante che il personale abbia buone capacità relazionali e di comunicazione per individuare i disagi dell'utente e controllare le difficoltà, l'ansia e la paura legate al percorso chirurgico affrontato in brevissimo tempo.

Le finalità della *day surgery* sono:

1. riduzione del disagio legato all'intervento;
2. sicurezza durante il percorso diagnostico-terapeutico;
3. riduzione dei costi di erogazione.
  1. La riduzione del disagio influisce sull'accettabilità di questa metodologia da parte dell'utente ed è possibile solamente se si realizzano le seguenti condizioni:
    - ▶ scelta consapevole del ricovero in *day surgery*, con un'adeguata informazione sulle procedure. La paura del dolore, la possibilità di complicanze, la lontananza dal luogo di cura sono i fattori che possono influire negativamente su questo nuovo modello organizzativo. Il tempo di contatto tra personale sanitario (chirurgo e infermieri) e il paziente è molto più breve e più intenso rispetto al ricovero ordinario, per cui non si deve lasciar spazio a possibili malintesi,

dimenticanze e trascuratezze. L'informazione deve essere globale, corretta, approfondita, semplice ed estesa anche ai familiari: soltanto così si potrà ottenere il triplice risultato di tranquillizzare il paziente, fornirgli un valido aiuto per il periodo post operatorio e garantire una migliore aderenza al piano di cura;

- ▶ condizioni di adeguata anestesia e analgesia. La disponibilità di farmaci dagli effetti di breve durata e lo sviluppo delle tecniche di controllo riducono gli effetti avversi nel periodo post operatorio. Oltre alla riduzione dei costi (motivo principale dell'espansione della chirurgia ambulatoriale e della *day surgery*) ci sono anche benefici per l'utente e la sua famiglia: un recupero post operatorio più precoce e una più rapida ripresa della funzionalità d'organo, minori complicazioni chirurgiche e anestesiológicas, riduzione della disabilità mentale e fisica e un ritorno più rapido alle attività di vita quotidiana. Per le persone a rischio di infezioni nosocomiali, per esempio gli immunodepressi, il trattamento chirurgico ambulatoriale o in *day surgery* può ridurre l'insorgenza di complicanze infettive post operatorie. Con l'anestesia locale il paziente partecipa attivamente ed è cosciente in sala operatoria: l'atmosfera deve quindi essere rilassata e le procedure dei chirurghi e del personale di sala standardizzate, automatiche e prive di "sorprese". La manualità dell'atto operatorio deve essere dolce, poco traumatica, rapida e sicura, così come sicuro e programmato l'affiatamento dell'intera équipe chirurgica; il paziente sveglio non deve essere abbandonato nell'attesa dell'intervento: una musica gradevole o la proiezione di un film, un dialogo tranquillo e informale con l'équipe possono contribuire a distrarlo;
- ▶ decorso post operatorio semplice e gestibile a domicilio. La dimissione precoce rappresenta il momento più delicato di tutto il percorso: sarà importante aver pianificato ed effettuato gli interventi educativi ne-

cessari, aver comunicato i recapiti telefonici in caso di necessità e le date dei controlli. Se viene a mancare anche un solo criterio di dimissibilità (assenza di sintomatologia importante come cefalea, nausea, vomito, sanguinamento, ripresa della diuresi spontanea, della sensibilità o della motilità, presenza di persone che possano assistere il malato) il ricovero in *day surgery* si converte in *one day surgery*;<sup>7</sup>

- ▶ minimo dolore post operatorio. La sedazione del dolore post operatorio è uno dei maggiori obiettivi assistenziali;
  - ▶ possibilità di contattare la struttura. Identificazione dell'operatore di riferimento, degli orari e dei numeri telefonici per chiamate in caso di necessità dopo la dimissione.
2. La sicurezza si raggiunge attraverso:
    - ▶ il controllo dei processi assistenziali con procedure codificate e condizionate, basate su prove di efficacia per la selezione pre operatoria, il trattamento, la dimissione e il follow up, con strumenti di lavoro condivisi da chirurghi, anestesisti e infermieri (opuscolo informativo, cartella clinica e infermieristica, regolamento dell'unità di *day surgery*). Va dato peso alla semplificazione delle procedure di accesso, alla riduzione dei tempi di risposta, alla facilitazione del percorso assistenziale con la continuità tra domicilio e ospedale. La separazione completa delle patologie trattate in *day surgery* è la migliore garanzia per la riduzione delle infezioni ospedaliere;<sup>8</sup>
    - ▶ la qualificazione professionale di medici e infermieri per realizzare una équipe medico-infermieristica affiatata, orientata al paziente, alla sua gestione completa (e non ai soli atti terapeutici) e motivata al miglioramento continuo della qualità.
  3. La riduzione dei costi di degenza perioperatoria, infine, è possibile attraverso il trasferimento di parte delle attività chirurgiche in regime di *day surgery*. Per garantire però la massima efficacia ed efficienza delle prestazioni è necessario un notevole investimento tecnologico e organizzativo che non è a costo zero.

## Modelli organizzativi

La Linea guida del 2002<sup>2</sup> individua 3 possibili modelli organizzativi e detta i requisiti organizzativo-assistenziali da garantire, con un elenco indicativo di interventi e procedure.

### Presidio autonomo

È un'unità autonoma – indipendente dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale – e dotata di propri locali, mezzi e personale dedicato. Il presidio deve essere collegato in maniera funzionale a una struttura ospedaliera vicina che effettui ricoveri ordinari per acuti, in caso di complicanze. Vanno definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza.

L'unità di presidio autonomo può essere individuata in:<sup>9</sup>

- ▶ una struttura dedicata all'interno di istituti di ricovero pubblici o privati con sale operatorie e spazi per la degenza; personale dedicato; autonomia gestionale e organizzativa; inserimento in un'ottica dipartimentale o interdipartimentale ed entità significativa della casistica trattata;
- ▶ *free standing on campus*, padiglione all'interno di un complesso ospedaliero, oppure presidio di un'azienda ospedaliera collegato con percorsi dedicati;
- ▶ *free standing off campus*, esterno a strutture di ricovero e non collegato a un presidio ospedaliero. Può essere pubblico o privato e deve prevedere il rapporto funzionale con strutture di ricovero per la gestione delle complicanze e delle emergenze.

Le unità autonome dedicate pubbliche si configurano quali strutture complesse.<sup>10</sup> La responsabilità di tale struttura è riferita esclusivamente alla organizzazione e programmazione delle attività, mentre la responsabilità clinico-terapeutica e medico-legale del singolo paziente ricade sui professionisti delle unità operative. I percorsi clinico-assistenziali devono essere condivisi da tutti gli operatori della struttura.

### Unità monospecialistica o plurispecialistica

Unità di degenza dedicate che possono essere a carattere mono o pluri-

specialistico e avvalersi di sale operatorie e personale promiscuo secondo orari o turni prestabiliti, all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private, intese quali articolazioni di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento). Le caratteristiche principali di tali strutture sono:

- ▶ spazi di degenza dedicati;
- ▶ uso di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni e giorni della settimana prestabiliti.

### Posti letto dedicati

In caso di posti letto dedicati nell'unità di degenza ordinaria, sia le sale operatorie sia il personale vengono assegnati all'attività in giorni prestabiliti. Questa è la soluzione più utilizzata, in quanto semplice da realizzare: può consentire la riduzione delle liste di attesa e in ospedali con pochi posti letto può essere l'unico modello attivabile.

I posti letto destinati alla *day surgery* e la pianificazione dell'attività chirurgica devono essere nettamente distinti dall'attività di chirurgia ordinaria.

Per poter ottenere l'accreditamento vanno rispettati alcuni requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.<sup>11</sup>

Secondo il Ministero della salute il rapporto fra day hospital e ricoveri ordinari dal 2000 al 2003 è passato dall'11,8% al 17%<sup>12</sup> con un incremento tra il 2002 e il 2003 del 77,8% degli interventi in *day surgery*.<sup>13</sup> Da un'indagine conoscitiva condotta in Italia<sup>14</sup> è emerso che il 71% degli ospedali dispone di *day surgery* integrati (posti letto dedicati), il 29% di *day surgery a latere* (unità mono o plurispecialistica) e solo una minima parte di unità indipendenti (presidio autonomo).

Quest'ultima soluzione, conosciuta anche come *freestanding day surgery unit* (FDSU) è la più adottata negli Stati Uniti in quanto fornisce prestazioni con un buon livello di sicurezza e organizzazione a costi inferiori, operando in modo indipendente e svincolato da qualsiasi ospedale. Le possibili criticità sono il costo iniziale di costruzione della struttura che deve essere ammortizzato con un risparmio derivante da ogni trattamento e l'impossibilità di affrontare alcune com-

plicanze gestibili solo in ospedale.

L'unità integrata, la soluzione più utilizzata in Italia, non ha ovviamente nessun costo iniziale in quanto utilizza personale, sala operatoria e spazi in comune con l'unità operativa di cura. Deve essere necessariamente monodivisionale e monodisciplinare.

Questa soluzione ha però alcuni inconvenienti, come la necessità di riorganizzare l'attività del personale in funzione dei pazienti della *day surgery*, la promiscuità tra pazienti con patologie molto diverse, l'impatto psicologico con un ambiente che normalmente tratta condizioni che richiedono più impegno, la possibilità di errori nell'iter burocratico e il possibile sovvertimento del programma operatorio a causa di emergenze.

Negli Stati Uniti le indicazioni e le possibilità di trattamento chirurgico con dimissione nella giornata stessa di patologie che un tempo richiedevano un ricovero più prolungato sono progressivamente aumentate sino ad attestarsi al 65% di tutta l'attività chirurgica.

## Requisiti minimi

I requisiti minimi<sup>4,15</sup> per la *day surgery* riportati nel box non prendono in esame solo il rapporto numerico fra dotazione di personale e volume di attività, ma anche le responsabilità dei professionisti e la loro formazione.

L'attenzione è tutta rivolta al paziente e al processo di cura a partire dai criteri di selezione per la *day surgery* fino alla pianificazione e all'attivazione del follow up, con particolare riguardo ai processi, all'informazione e al consenso del paziente e alla definizione di protocolli volti a garantire l'aderenza del paziente e di chi gli presta assistenza.

## Interventi chirurgici in day surgery

Gli allegati della *Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno della Commissione di studio sulla day surgery*<sup>15</sup> individuano 2 lunghe liste di procedure diagnostico-terapeutiche eseguibili in



## Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (DPR 14 gennaio 1997)<sup>15</sup>

### Requisiti minimi strutturali

Locali e spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima di ambienti per la *day surgery* è la seguente:

- spazio attesa
- spazio registrazione archivio
- filtro sala operatoria
- sala operatoria (con gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio)
- zona preparazione personale addetto
- zona preparazione paziente
- zona risveglio
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico
- locale visita
- camera degenza

- cucinetta
- servizi igienici pazienti
- servizi igienici personale
- deposito pulito
- deposito sporco

A eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di *day surgery* si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

### Requisiti minimi organizzativi

La dotazione organica del personale medico e infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e patologie trattate; nell'arco delle ore di attività deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere anche non dedicati.

## Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno della Commissione di studio sulla *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale

### Requisiti generali

L'accessibilità al servizio deve essere finalizzata a un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi. E' altresì importante che la zona operatoria sia delimitata ed evidenziata quale zona protetta.

Tra i requisiti generali figurano anche l'accoglienza del malato e di una persona che lo assista, la tutela della riservatezza e del comfort. Oltre a ciò, nel settore operatorio, devono essere garantite le seguenti funzioni:

- la preparazione del paziente all'atto operatorio
- la realizzazione degli atti operatori
- la sorveglianza del malato nell'immediato post operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali sia al suo trasferimento presso una struttura di ricovero in caso di necessità
- la sorveglianza del risveglio dall'anestesia fino al recupero delle funzioni vitali
- la preparazione del personale alle diverse manovre, secondo le regole di igiene e asepsi

- la pronta disponibilità dei materiali e farmaci necessari al recupero delle funzioni vitali del paziente

### Requisiti organizzativi

- criteri di selezione dei pazienti
- definizione del percorso assistenziale
- informazione (consenso informato)
- elaborazione dei protocolli di selezione, ammissione, cura e dimissione
- garanzia della continuità assistenziale
- regolamento interno
- utilizzo esclusivo
- definizione dei ruoli e delle responsabilità
- qualificazione del personale
- documentazione clinica
- controllo e verifica di qualità dei servizi erogati
- specifiche per le unità autonome dedicate
- clausola relativa al pernottamento

regime ambulatoriale e in *day surgery*, classificate in interventi su:

- ▶ sistema nervoso;
- ▶ sistema endocrino;
- ▶ occhio;
- ▶ orecchio;
- ▶ naso, bocca e faringe;
- ▶ sistema respiratorio;
- ▶ sistema cardiovascolare;
- ▶ sistema ematico e linfatico;
- ▶ apparato urinario;
- ▶ organi genitali maschili e femminili e interventi ostetrici;
- ▶ apparato muscoloscheletrico;
- ▶ tegumenti.

Gli interventi eseguibili in regime di *day surgery* includono tutte le specialità chirurgiche con un'ampia gamma di interventi e procedure.

## La valutazione pre operatoria

Il tempo necessario a portare a termine una valutazione pre operatoria deve essere breve.<sup>16</sup> Uno dei maggiori ostacoli per gli operatori sanitari è la difficoltà di realizzare interventi educativi completi e personalizzati in tempi rapidi. Molti centri valutano il paziente una settimana o pochi giorni prima dell'intervento effettuando una prima visita e proponendo un incontro con il personale di reparto o un colloquio telefonico. L'obiettivo è la valutazione del rischio anestesiológico e chirurgico del paziente al fine di individuare i pazienti non adatti a una chirurgia in *day surgery* e quindi ridurre il numero dei casi da rinviare

una volta effettuato il ricovero. Lo screening telefonico e la somministrazione di un questionario nel periodo pre operatorio riducono infatti il numero delle prestazioni cancellate o posticipate.<sup>18</sup> Uno studio di confronto tra l'efficacia di una telefonata pre-ricovero e quella di una chiamata più una visita a domicilio, tuttavia, non ha rilevato prove che la visita riduca la percentuale di cancellazioni.<sup>18</sup>

I criteri per la selezione dei pazienti idonei alla *day surgery* sono di tipo clinico, logistico, personale e familiare.<sup>9</sup>

La valutazione pre operatoria si accompagna all'educazione del paziente, che può essere effettuata attraverso un colloquio diretto o telefonico, una visita al reparto o incontri di

gruppo. Scopi principali sono ridurre l'ansia, valutare i bisogni del paziente e dei familiari e individualizzare l'informazione.<sup>17</sup>

I pazienti sono soddisfatti del trattamento in *day surgery* (livelli di prova II e III 2). Tra l'altro recarsi prima dell'intervento nel reparto di degenza riduce l'ansia, migliora lo stato d'animo e il livello di comprensione del trattamento.

### Criteri clinici

L'età di per sé non è un parametro di esclusione. L'unica controindicazione assoluta è nei bambini a rischio di apnea post operatoria.

Inizialmente si sono ritenuti candidabili solo i pazienti classificati a basso rischio (prima o seconda classe secondo l'American Society of Anesthesiologists, ASA 1 e 2). Con l'esperienza le indicazioni sono state estese anche ai pazienti diabetici insulino-dipendenti, coronaropatici e con insufficienza respiratoria moderata che rientrano nella classe ASA 3, previo accordo tra anestesista e chirurgo, quando la patologia di base è stabilizzata con il trattamento e l'intervento non interferisce con la stessa.

La valutazione anestesiológica post operatoria deve essere eseguita in

tempo utile per consentire al paziente di effettuare gli accertamenti necessari, l'eventuale preparazione e programmare l'attività chirurgica. In casi selezionati può essere effettuata anche il giorno dell'intervento. La durata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche non dovrebbe essere superiore all'ora.

### Criteri personali e familiari

Il paziente deve essere in grado di comprendere e accettare l'iter proposto. Le persone con turbe psichiche gravi non sono adatte a questo tipo di chirurgia che richiede un equilibrio mentale nella valutazione degli stimoli dolorosi o di altro tipo che, seppure modesti, si presentano durante l'intervento. Il paziente deve essere in grado di rispettare le prescrizioni terapeutiche, mantenere adeguate condizioni igieniche domiciliari, avere una persona che lo assista nelle prime 24 ore. Ai familiari o ai conviventi viene affidata una parte importante nell'assistenza post operatoria: sorvegliare, al rientro a domicilio, lo stato di vigilanza dell'operato, segnalando al centro di cura ogni eventuale anomalia. Per tale motivo, il fatto di vivere soli, addirit-

tura senza fissa dimora, diventa un fattore di esclusione. Alla dimissione, anche ai familiari viene sempre consegnato un foglio illustrativo in cui sono segnalati i possibili sintomi "di allarme" e i numeri telefonici a cui rivolgersi in caso di necessità.

### Criteri logistici

Un ulteriore criterio riguarda il fatto di risiedere (o pernottare) in un luogo che non disti più di un'ora dalla struttura in cui si esegue l'intervento o da altra struttura di riferimento.

Nei paesi in cui l'assistenza sanitaria è pubblica (pertanto gratuita) i pazienti continuano a preferire il ricovero. La *day surgery* deve pertanto puntare sulla qualità e rapidità del servizio.

La chirurgia in *day surgery* non va considerata una chirurgia minore, anzi richiede esperienza e tecnica particolarmente accurate per ridurre al minimo le complicanze.

### Percorso clinico assistenziale

Nell'articolo 7 delle *Linee guida per l'organizzazione delle attività di day surgery*,<sup>15</sup> Allegato A, si stabilisce che:

- ▶ bisogna adottare procedure cliniche e organizzative per l'ammissione, cura e dimissione del paziente e informarlo sulla fase sia pre operatoria sia post operatoria;
- ▶ si devono definire in modo esplicito i criteri di selezione e di esclusione dei pazienti, di natura sia clinica sia socio-familiari;
- ▶ va garantita l'adozione di protocolli assistenziali per il trattamento e il controllo perioperatorio;
- ▶ la registrazione dell'attività va effettuata con le stesse modalità seguite per i ricoveri ordinari: cartella clinica, registro nosologico, registro di sala operatoria e scheda di dimissione;
- ▶ alla dimissione si deve consegnare al paziente una relazione per il medico curante, in cui vengono riportati i dati salienti del ricovero, la terapia, le indicazioni per la gestione delle eventuali complicanze. Il paziente va informato sui comportamenti da seguire, su dove rivolgersi in caso di necessità e urgenza e sulle modalità dei controlli successivi;

#### Classificazione del rischio operatorio secondo l'American Society of Anesthesiologists

Classe ASA I	● paziente sano
Classe ASA II	● presenza di una malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale ● bronchite cronica ● obesità moderata ● diabete ben controllato ● infarto miocardico di vecchia data ● ipertensione moderata
Classe ASA III	● presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato ● angina pectoris ben controllata dalla terapia ● diabete insulino dipendente ● insufficienza respiratoria moderata
Classe ASA IV	● presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo per la sopravvivenza ● insufficienza cardiaca grave ● angina instabile poco sensibile al trattamento ● insufficienza respiratoria, renale, epatica o endocrina di grado avanzato
Classe ASA V:	● paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita a 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico ● politraumatizzato grave

- ▶ per garantire la continuità assistenziale la struttura assicura: la raccolta completa della documentazione clinica, che va resa disponibile, la pronta reperibilità del medico e il contatto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente.

Il percorso assistenziale è quindi un pacchetto predefinito di trattamento che comprende dagli esami pre operatori ai controlli post operatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi. In letteratura<sup>19</sup> è predefinita una sequenza ottimale di interventi che devono essere svolti da una équipe multidisciplinare. La schematizzazione deve essere flessibile ed estensibile alla maggior parte dei casi trattati.

Il principio è di prevedere una guida scritta per ciascuna patologia. Le aree o categorie clinico-assistenziali dei percorsi sono:

- ▶ la valutazione del paziente: comportamenti e azioni che permettono di raccogliere i dati utili per definire la situazione;
- ▶ l'accertamento diagnostico: tutte le attività diagnostiche di laboratorio o strumentali per definire o completare la diagnosi;
- ▶ le consulenze;
- ▶ i trattamenti: tutti gli interventi e le procedure da porre in atto per influenzare gli esiti;
- ▶ la terapia farmacologica: tutti i trattamenti farmacologici da effettuare o sospendere;
- ▶ la dieta;
- ▶ le attività terapeutiche quotidiane: le attività di vita quotidiane da seguire giorno per giorno;
- ▶ l'educazione del paziente: tutte le istruzioni da fornire al paziente o a chi lo assiste;
- ▶ la sicurezza: tutte le attività e le misure precauzionali per prevenire i rischi;
- ▶ la pianificazione della dimissione: tutte le collaborazioni o le azioni per promuovere l'indipendenza del paziente dopo la dimissione.

La Commissione di studio sulla *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale<sup>4</sup> raccomanda che ogni struttura definisca i propri percorsi limitando il

numero di accessi. Il percorso del paziente, dopo la prima visita specialistica, prevede di norma 3 accessi.

Il primo accesso comprende:

- ▶ l'accoglienza e la raccolta dei dati anagrafici;
- ▶ l'individuazione di un tutore o accompagnatore;
- ▶ la valutazione anestesiológica e chirurgica;
- ▶ l'acquisizione del consenso;
- ▶ le indagini pre operatorie e l'apertura della cartella clinica;
- ▶ l'inserimento nella lista operatoria, anche in relazione alle preferenze sul giorno o periodo più favorevole;
- ▶ la spiegazione, anche attraverso opuscoli informativi, dei comportamenti da tenere a domicilio.

Il secondo accesso è quello del giorno del ricovero: l'assistito, convocato telefonicamente il giorno precedente, si presenta alla struttura, accompagnato da una persona che possa assisterlo a domicilio per le prime 24-48 ore dopo l'intervento chirurgico (un genitore per il minore). Il personale medico e infermieristico verifica le condizioni cliniche e la preparazione pre operatoria e, se necessario, la completa. Viene aperta la scheda di dimissione ospedaliera, fatto l'intervento chirurgico e prestata l'assistenza post operatoria. Il paziente viene quindi dimesso, è pianificato il follow up e vengono raccolti i dati sulla soddisfazione per l'assistenza ricevuta. Alla dimissione, l'assistito viene informato dal personale medico e infermieristico sul suo stato di salute e riceve la lettera di dimissione per il medico curante, le informazioni sulle norme igienico sanitarie comportamentali a cui attenersi e il programma di preno-

tazioni dei controlli ambulatoriali. In caso di necessità il paziente può contattare telefonicamente il personale infermieristico o eventualmente il chirurgo.

Il terzo accesso, quello del follow up, può comprendere uno o più controlli ambulatoriali, rintracciabili nella cartella clinica e la chiusura della scheda di dimissione ospedaliera (che corrisponde alla data dell'ultimo accesso previsto dal ciclo assistenziale).

Per il calcolo della degenza media, del tasso di utilizzo dei posti letto e degli indici di *performance* viene considerato giorno di ricovero solo l'accesso per l'intervento o la procedura chirurgica.

## Linea guida italiana

La diffusione del modello della *day surgery* ha indotto la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) e la Società italiana di chirurgia ambulatoriale e *day surgery* (SICADS) a rivedere e ampliare la versione precedente delle linee guida<sup>20</sup> considerando gli aspetti clinici e organizzativi dell'anestesia per la *day surgery* e alcune strategie per migliorare l'assistenza.

Le raccomandazioni fanno riferimento alla letteratura internazionale e contengono 10 indicazioni di tipo clinico-organizzativo. Sono pesate secondo 4 livelli di intensità, come specificato nel box.

## Raccomandazioni

### Sicurezza:

- ▶ mantenere e rispettare durante l'attività di *day surgery* tutte le esigenze di sicurezza proprie della chirurgia ordinaria (livello III);
- ▶ adottare procedure documentate

### Classificazione adottata per identificare la forza delle raccomandazioni (linea guida italiana)

<b>Livello I</b>	Raccomandazioni basate su almeno uno studio controllato e randomizzato.
<b>Livello II</b>	Raccomandazioni basate su studi clinici osservazionali.
<b>Livello III</b>	Raccomandazioni non basate su studi clinici, ma sulle opinioni del gruppo di lavoro e in sintonia con linee guida o raccomandazioni formulate da organismi professionali autorevoli o per considerazioni di palese opportunità.
<b>Livello IV</b>	Raccomandazioni non basate né su studi clinici né su linee guida o raccomandazioni, ma solo sul consenso raggiunto tra i componenti del gruppo di lavoro.



per le fasi di selezione, trattamento, dimissione e follow up, elaborate di concerto con le équipes chirurgiche e con il personale infermieristico (livello II)

- ▶ disporre di brochure informative e di istruzioni per i pazienti, di un modello di cartella clinica che faciliti la registrazione delle informazioni e la documentazione degli atti compiuti e di un regolamento dell'unità che precisi i compiti e le responsabilità dei diversi operatori (livello II);
- ▶ possedere una provata esperienza professionale e un'adeguata capacità organizzativa (livello II).

**Riduzione dei costi:** rapportare la destinazione delle risorse anestesiológicas umane e strumentali al grado di complessità e al tipo di interventi praticati, allo scopo di ridurre le complicanze e i relativi costi (livello IV).

**Riduzione del disagio:** focalizzare l'organizzazione delle attività sulla riduzione del disagio connesso all'intervento, con particolare riguardo al tipo di chirurgia praticata, all'analgesia e anestesia praticate, all'opera di informazione pre e post operatoria e al mantenimento del contatto tra il paziente e la struttura (livello II).

**Chirurgia senza anestesisti:** eseguire in anestesia locale e in assenza di anestesisti soltanto procedure chirurgiche minime su pazienti perfettamente sani e collaboranti all'interno di strutture che garantiscano l'arrivo rapido di un anestesista reperibile (livello III).

**Aree di pertinenza anestesiológica:**

- ▶ eseguire da parte di un anestesista i seguenti atti medici: visita anestesiológica di selezione, scelta ed esecuzione della tecnica di anestesia e controllo delle condizioni intraoperatorie, trattamento delle eventuali complicanze post operatorie di interesse anestesiológico con particolare riguardo al dolore, alla nausea e al vomito, autorizzazione alla dimissione dal punto di vista anestesiológico – anche nei casi in cui l'anestesia locale non sia stata eseguita da un anestesista (livello II);
- ▶ porre in atto da parte dei servizi di anestesia le misure organizzative finalizzate a quanto sopra specificato (livello IV).

**Programma operatorio:** approntare il programma operatorio congiuntamente tra chirurgo e anestesista, sulla base di criteri finalizzati a garantire una durata dell'osservazione post operatoria consona alle esigenze dei singoli casi (livello III).

**Selezione dei pazienti:**

- ▶ selezionare i pazienti per la *day surgery* in fase pre operatoria e in base a criteri clinici che tengano conto delle condizioni cliniche e di intervento e dei criteri socioanagrafici per garantire la continuità assistenziale (livello II);
- ▶ effettuare la visita anestesiológica per la *day surgery* secondo criteri specifici e in coerenza con le esigenze di questo tipo di organizzazione (livello II).

**Condizione e sorveglianza dell'anestesia:**

- ▶ condurre l'anestesia nel rispetto del requisito della pronta reversibilità e con l'obiettivo di ridurre al minimo i sintomi post operatori (livello II);
- ▶ adottare scale di punteggio per la valutazione dei pazienti prima di autorizzarne l'uscita dai reparti operatori (livello II).

**Fase di recupero, dimissioni:**

- ▶ orientare l'assistenza post operatoria al precoce ripristino delle condizioni di autonomia del paziente e al suo ritorno a domicilio (livello II);
- ▶ procedere alla dimissione solo dopo una valutazione anestesiológica e la formalizzazione scritta sulla cartella clinica del giudizio di dimissibilità anestesiológica (livello III);

- ▶ fornire al paziente e al suo accompagnatore istruzioni scritte sulle prescrizioni e sul comportamento da tenere a casa (livello II);
- ▶ riservare per i pazienti che non sono in condizioni di essere dimessi dopo la *day surgery* un numero di posti letto adeguato al volume dell'attività svolta (livello II).

## Linea guida del Joanna Briggs Institute<sup>21</sup>

Questa linea guida fornisce dati rilevanti sul periodo pre e post operatorio in caso di *day surgery*. I livelli di prova sono riassunti nel box.

### Raccomandazioni per l'assistenza pre ricovero

**Valutazione:** in molti centri la valutazione viene eseguita anche più di una settimana prima dell'intervento: individua i pazienti non adatti al tipo di chirurgia ed evita i casi da rinviare (livello II e III-2).

**Educazione e informazione:** l'educazione si effettua attraverso il colloquio, la visita in reparto, gli incontri di gruppo e il colloquio telefonico e ha l'obiettivo di ridurre l'ansia pre operatoria, valutare i bisogni dei pazienti e dei familiari e individualizzare l'informazione (livello II e III-2).

**Visita al reparto:** visitare il reparto riduce l'ansia, migliora lo stato d'animo, aumenta la comprensione di tutto il processo (per esempio l'importanza del digiuno preoperatorio)

### Livelli delle prove (linea guida del Joanna Briggs)

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

<b>Livello I</b>	Prova ottenuta da una revisione sistematica di studi randomizzati, tutti rilevanti.
<b>Livello II</b>	Prova ottenuta da almeno uno studio randomizzato ben progettato.
<b>Livello III-1</b>	Prova ottenuta da studi ben progettati ma non randomizzati.
<b>Livello III-2</b>	Prova ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben progettati, preferibilmente condotti da più centri piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca.
<b>Livello III-3</b>	Prova ottenuta da serie di casi con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate.
<b>Livello IV</b>	Opinioni di esperti basate su esperienza clinica, studi descrittivi o relazioni di commissioni di esperti.

e la soddisfazione per le informazioni ricevute nel periodo post operatorio (livello II e III-2).

**Telefonata, questionario e visita a domicilio:** fare una telefonata per ricordare la data e l'ora della visita e fornire informazioni riduce il numero di cancellazioni e rinvii. Non è chiaro invece l'effetto delle visite a domicilio (livello II e III-2)

**Criteri di selezione dei pazienti:**<sup>18</sup> scelta consapevole, disponibilità di un servizio domiciliare, collegamento telefonico, situazione familiare, comprensione delle procedure, buona salute fisica (livello II e III-2).

### Raccomandazioni per l'assistenza post ricovero

**Complicanze:** una dimissione troppo precoce è associata a complicanze quali, per esempio, nausea, vomito, inadeguato controllo del dolore, riposo insufficiente, peso su familiari e servizi domiciliari. Gli interventi a minor rischio di complicanze vanno pianificati nella tarda mattinata, in modo da tenere in osservazione i pazienti più a rischio. Per valutare la dimissibilità del paziente vanno utilizzati sistemi standardizzati, per esempio il Post Anaesthetic Discharge Scoring System (livello II).

**Sistemi di distrazione:** musica, leggere riviste, guardare la televisione e altri sistemi di distrazione riducono l'ansia pre operatoria e il bisogno di anestesia intraoperatoria. Dovrebbero essere sempre disponibili nelle aree di attesa delle strutture di *day surgery* (livello II).

**Digiuno pre operatorio:** non è necessario per interventi in anestesia locale (livello II).

**Temperatura timpanica:** non è utile come criterio di dimissione (livello II).

**Qualità delle informazioni ricevute:** molti pazienti trovano inadeguate

le informazioni ricevute sulla procedura, l'assistenza e la dimissione. I pazienti vanno pertanto informati su che cosa aspettarsi in termini di dolore, disagio eccetera (livello II).

### Raccomandazioni sul personale

**Capacità e qualifiche professionali:** non ci sono prove sulla relazione tra numero e qualifica del personale ed esiti nei pazienti. La scelta del personale viene fatta in base al numero di pazienti e non alla loro complessità. Si raccomanda pertanto di misurare i carichi di lavoro rispetto alla complessità delle cure richieste (livello IV).

### Bibliografia

1. Guzzanti E, Mastrobuono I, Mastrilli F et al. Nuovi modelli organizzativi per la chirurgia pediatrica. *Rassegna Italiana di Chirurgia Pediatrica* 1993;1: 47-54.
2. Accordo della conferenza stato-regioni. Linee-guida per l'organizzazione delle attività di *day surgery*. 2002.
3. Circolare del Ministero della sanità, linee guida n. 1/95. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, *Gazzetta Ufficiale* n. 150 del 29 giugno 1995;6-14.
4. Decreto ministeriale del 12 settembre 2000. Istituzione e proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno. Ministero della sanità, Commissione di studio sulla *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale.
5. Agenzia per i servizi sanitari regionali. Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche, diagnostiche e terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno. Roma, 1996.
6. Società italiana di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale. Procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche praticabili in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno afferenti la specialità di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale. Pacini Editore 2002;22(suppl.5):1-13.
7. Maltagliati E, Berta V, Federico L. La *day surgery* dell'azienda ospedaliera Ospeda-

le San Borromeo di Milano. *L'Ospedale* 2002;55:40-46.

8. Autori vari. Atti del convegno 2° Master di *day surgery*. Mestre, 2003.
9. Celli et al per la Commissione di studio sulla *day-surgery* e la chirurgia ambulatoriale. Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno.
10. Art. 15 quinquies comma 6 del D.Lgs 229/99.
11. DPR 14.01.1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
12. <http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp>.
13. Ageing Society Estratto dallo studio in corso di pubblicazione: "La spesa sanitaria nazionale: analisi e ipotesi di contenimento". Indagine Censis 2004.
14. Pezzangora V, Gasparini C. L'organizzazione della *day surgery* di Mestre. Esperienza dopo 11.500 interventi; atti del convegno 2° Master di *day surgery*. Mestre, 2003.
15. Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Conferenza Stato-regioni del 1 agosto 2002. Linee guida per l'organizzazione delle attività di *day surgery*.
16. Spano A. La gestione del paziente in *day surgery*. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals; Joanna Briggs Institute 2004;8:1-4.
17. Lancaster KA. Care of the pediatric patient in ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America* 1997; 32:441-55.
18. Pearson A, Richardson M, Peels S et al. The pre admission care of patients undergoing *day surgery*: a systematic review. *Health Care Reports*.
19. Coffey R, et al. An introduction to critical path. *Quality Management in Health Care* 1992;1:45-54.
20. Solca M. Linee guida SIAARTI e SICADS per la *day surgery*. *Minerva Anestesiologica* 2004; 70(suppl.1-9):34-6.
21. Graham Building M. Management of the *day surgery* patient: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Best practice supplement. The Joanna Briggs Institute 2004;8(suppl.1):1-4.

Dossier **infad** - n. 4, 2006

© EDITORE **ZADIG**

via Calzecchi 10, 20133 Milano

[www.zadig.it](http://www.zadig.it)

e-mail: [segreteria@zadig.it](mailto:segreteria@zadig.it)

tel.: 02 7526131 - fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Autore: Cristina Tovazzi, Responsabile del servizio infermieristico, Ospedale di Rovereto, Trento

Redazione: Simona Calmi, Roberto Manfrini, Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona