

G Chir Vol. 26 - n. 1/2 - pp. 53-55
Gennaio - Febbraio 2005

metodi, tecniche, farmaci

Aspetti organizzativi e valutazione clinica in Day Surgery: la nostra esperienza

M. ROSSITTO, S. BUONAMONTE, D. PANACEA, A. MANFRÉ, A. ARDIZZONE, A. CICCOLO

RIASSUNTO: Aspetti organizzativi e valutazione clinica in Day Surgery: la nostra esperienza.

M. ROSSITTO, S. BUONAMONTE, D. PANACEA, A. MANFRÉ,
A. ARDIZZONE, A. CICCOLO

Le procedure chirurgiche in regime di Day Surgery (DS) sono caratterizzate da un ricovero limitato alle ore diurne con un modello organizzativo, prefissato da appositi protocolli, in cui viene ammesso il paziente a basso rischio operatorio e di facile gestione post-operatoria.

Gli Autori riportano la loro esperienza di DS ponendo l'attenzione sui requisiti chirurgici ed anestesiolgici che permettono di controllare i fattori di rischio riducendo le complicanze e garantendo così la sicurezza e l'efficacia del servizio.

SUMMARY: Organisational model and clinical evaluation in Day Surgery: our experience.

M. ROSSITTO, S. BUONAMONTE, D. PANACEA, A. MANFRÉ,
A. ARDIZZONE, A. CICCOLO

Surgical treatments in Day Surgery (DS) are characterised by limited hospitalisation during daytime on the base of an organisational model established by appropriate protocols. According to it, the patient at low operational risk and the patient whose post-operative management is easy is admitted to the programme.

The Authors report their experience of DS focusing on the surgical and anaesthesiological qualifications that help to control the risk factors reducing the complications and thus guaranteeing the safety and effectiveness of the service.

KEY WORDS: Day Surgery - Requisiti chirurgici - Fattori di rischio.
Day Surgery - Surgical qualifications - Risk factors.

Premessa

La chirurgia ambulatoriale e in Day Surgery (DS) ha avuto negli ultimi anni uno sviluppo sempre costante, dovuto in parte al progressivo affinamento delle tecniche, ma soprattutto per offrire all'utenza prestazioni con ospedalizzazione breve, contenendo al contempo le liste d'attesa ed i costi assistenziali. Il motivo per il quale i pazienti scelgono di sottoporsi a tale regime di ricovero è da ricercare nell'offerta di prestazioni di qualità con ridotte liste d'attesa, ospedalizzazione breve che minimizza l'impatto psicologico con l'ambiente ospedaliero, quindi con limitata sospensione dell'attività lavorativa; tutto ciò a vantaggio di un'ulteriore riduzione dei costi.

È necessario però identificare i fattori di rischio ed individuare segni e sintomi di un'eventuale complicanza, anche se le prestazioni offerte sono nella maggior parte rappresentate da chirurgia minore e il

tempo di osservazione del paziente è limitato, senza correre il rischio di sottovalutare tale tipo di utenza.

Pertanto è fondamentale la selezione dei pazienti da sottoporre a tale trattamento chirurgico, riducendo al minimo il rischio di complicanze e garantendo la sicurezza e l'efficacia del servizio.

Pazienti e metodi

Nella nostra Unità Operativa di Chirurgia Generale dal gennaio 2002 al marzo 2003 sono stati effettuati 189 interventi in regime di DS (Tab. 1) di cui circa il 92% sono stati eseguiti in anestesia locale; per manifestazioni di tipo ansioso da parte dei pazienti e (preoccupazione di poter sentire dolore) alcuni interventi sono stati effettuati in anestesia generale.

Il percorso del paziente è stato essenzialmente un ricovero programmato predefinito, caratterizzato da 3 accessi preceduti dalla visita specialistica, dove è stata vagliata l'ammissibilità alla DS. Il primo momento è costituito dagli esami pre-operatori e dall'informazione data al paziente ed ai familiari; il secondo momento è l'atto chirurgico; nel terzo sono stati effettuati i controlli post-operatori e le medicazioni.

Tutti i pazienti sono stati ammessi al DS dopo una attenta valutazione clinica con l'esecuzione degli esami pre-operatori (routine clinico-chimica, rx torace ed ECG con visita cardiologica, valutazione anestesiolgica). Abbiamo valutato inoltre se il paziente fosse in grado di rispettare le prescrizioni terapeutiche e comportamentali del post-operatorio e se i familiari fossero disponibili e all'altezza di prestare assistenza.

Università degli Studi di Messina
Azienda Policlinico Universitario "G. Martino"
U.O. Chirurgia Generale II
(Direttore: Prof. A. Ciccolo)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

TABELLA 1 - TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI ESEGUITI.

	%
Neoformazioni benigne e maligne di cute e sottocute	19
Patologia emorroidaria	12,7
Fistole e ragadi anali	12,2
Patologia erniaria	11,1
Cisti e fistole pilonidali	10,6
Linfoadenopatie laterocervicali ed ascellari	9
Varicocele	8,5
Fimosi e frenulo corto	4,2
Idrocele	4,2
Tumori benigni della mammella	3,7
Cisti tendinee	2,7
Ematomi e corpi estranei	2,1

In quest'ottica ha assunto particolare importanza, nella gestione della DS, il momento dell'informazione e del consenso informato. Tutti i pazienti, in un incontro precedente al giorno del ricovero, sono stati informati dettagliatamente sulla procedura chirurgica ed anestesologica, sui tempi di degenza e sulle modalità di dimissione, facendo sottoscrivere l'impegno del rispetto delle procedure pre- e post-operatorie prescritte e riportate sulle schede informative loro consegnate. È stato comunque previsto che, per qualsiasi inconveniente o complicanza insorta durante la prima notte post-operatoria e nei giorni successivi, si potesse contattare telefonicamente la struttura ed il proprio chirurgo di riferimento.

Nessun paziente ha avuto complicanze sistemiche che abbiano impedito la dimissione programmata entro le 24 ore ed il dolore postoperatorio è stato del tutto assente nell'86% dei pazienti, mentre il 14% ha assunto analgesici solo la sera dell'intervento.

I controlli ambulatoriali sono stati effettuati a 3,7 e 10 giorni ed hanno comportato per tutti i casi trattati il controllo della ferita chirurgica e la rimozione della sutura, mentre solo per il 2% dei casi è stato necessario prolungare il controllo ambulatoriale fino alla 15^a giornata per la presenza di sieromi trattati conservativamente.

Discussione e conclusioni

Il paziente deve presentare particolari caratteristiche per essere ammesso al regime di DS: autosufficienza nel gestire il post-operatorio e minimo rischio di ricovero prolungato o di riammissione in ospedale. Inoltre, nell'iter di selezione è fondamentale la valutazione anestesologica: vengono ammessi individui senza patologie mediche correlate, perciò pazienti sostanzialmente sani, di classe ASA I o II; mentre i pazienti di classe ASA III trovano indicazione, previo accordo tra anestesista e chirurgo, quando la patolo-

gia sistemica sia stabilizzata da almeno 3 mesi con trattamento medico adeguato e l'intervento non interferisca con la patologia di base.

I fattori di rischio che abbiamo preso in considerazione sono: l'età senile, che di per sé non rappresenta in assoluto una controindicazione all'intervento in regime di DS, l'ipertensione arteriosa, le patologie cardiache, le patologie respiratorie ed il diabete mellito che, se ben compensate e sotto trattamento medico adeguato, non costituiscono una controindicazione.

I requisiti, sia chirurgici che anestesologici, che ci hanno permesso di controllare i fattori di rischio sono essenzialmente rappresentati da un intervento chirurgico con minime perdite di sangue, dall'atto operatorio con ripercussioni poco importanti sulle funzioni vitali, dal dolore post-operatorio ben controllabile anche a domicilio, dalla selezione di pazienti con limitato rischio di complicanze post-operatorie, dall'assenza di nausea e vomito post-operatorio.

Da questa esperienza abbiamo rilevato che l'efficienza del programma di DS dipende dal buon funzionamento di diverse componenti:

- presenza di personale dedicato con elevato grado di professionalità ed esperienza;
- organizzazione logistica e strumentario adeguati;
- i pazienti dovrebbero essere seguiti dalla stessa équipe medica durante tutte le fasi della preparazione anche per consolidare il rapporto medico-paziente;
- collaborazione con il medico di famiglia che assume un ruolo fondamentale nel territorio, specialmente nel post-operatorio.

Abbiamo notato che il modello assistenziale di DS è stato ben apprezzato dall'utenza ed ha consentito un rapido snellimento delle liste d'attesa con il mantenimento ed anche il miglioramento degli standard di qualità chirurgici, associati al comfort dei pazienti ed a una riduzione dei costi assistenziali.

Attualmente è evidente però che i DRG risultano inadeguati, non incentivano l'affermarsi di questo modello organizzativo che presenta vaste potenzialità (potendo comprendere sempre più numerose procedure) e non consentono di corrispondere adeguatamente alle richieste dei pazienti che si trovano a proprio agio in questo tipo di percorso assistenziale.

Bibliografia

1. Campanelli G, Cavagnoli G, Bottero L, De Sione M, Pietri P. Un nuovo modello organizzativo e tecnico: la day-surgery aspetti economici, legislativi ed organizzativi. Arch ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 98° Congresso. Roma, Ed. Luigi Pozzi, 698-709, 1996.
2. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. J. Clin. Anesth 2002; 14: 349-53.
3. Collopy B, Rodgers L, Williams J, Jenner N, Roberts L, Warden J. Clinical indicators for daysurgery. Ambulatory Surgery 1999; 7: 155-7.
4. Correa R, Menezes RB, Wong J, Yogendran S, Jenkins K,

Aspetti organizzativi e valutazione clinica in Day Surgery: la nostra esperienza

- Chung F. Compliance with postoperative instructions: a telephone survey of 750 day surgery patients. *Anaesthesia* 2001; 56: 481-7.
5. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999; 89: 1352-9.
6. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery: a prospective study. *Can J Anaesth* 1998; 45: 612-9.
7. Junger A, Benson M, Klasen J, Sciuk G, Fuchs C, Sticher J, Hempelmann G. Influences and predictors of unanticipated admission after ambulatory surgery. *Anaesthesist* 2000; 49: 875-80.
8. Lau H, Brooks DC. Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001; 136: 1150-3.
9. Nardi MjM, Perri SG, Pietrangeli F, Gabbrielli F, Lotti R, Nicita A., Dalla Torre A., Amendolara M., Kanavos E., Citone G. The surgical needs of elderly patients in day-sur-
-

gery. Min Chir 2004; 59: 61-7.