Day Surgery e chirurgia ambulatoriale

Giampiero Campanelli
Professore Ordinario di Chirurgia
dell'Università dell'Insubria di Varese
Direttore della Chirurgia Generale
Day & Week Surgery
Istituto Clinico Sant'Ambrogio - Milano
Presidente Eletto della European Hernia Society
Presidente Società Italiana di Chirurgia
Ambulatoriale e Day Surgery SICADS
Presidente Fondazione Day-Surgery ONLUS

Percorso assistenziale, problematiche comuni e differenze significative: l'opinione della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery (SICADS)

Alcune importanti imprescindibili considerazioni preliminari: linea guida generale,

- 1. indipendentemente da ogni specifica di caso, deve essere la ***sicurezza del paziente*** a tutti i livelli e momenti del percorso assistenziale e ciò di conseguenza rappresenta la tutela del medico;
- 2. pur condividendo la assoluta necessità del contenimento delle spese, si ribadisce che nessun compromesso sulla qualità dell'intero processo assistenziale verrà accettato dalla Comunità Scientifica;
- 3. risulta assolutamente necessario, a monte di tutta la differenziazione dei diversi percorsi di DS e CA, approntare una classificazione iniziale e molto precisa delle patologie da trattare in DS, in CA "maggiore" e in CA "minore", al tempo stesso definendo le diverse possibilità anestesiologiche;
- 4. sempre a monte della disamina dei diversi punti del percorso, devono essere definiti dei requisiti minimi delle strutture ove eseguire CA maggiore e CA minore: è a tal proposito sin d'ora affermiamo il principio che riguardo alle strutture destinate alla CA maggiore, esse non debbano differire minimamente da quelle per la DS.

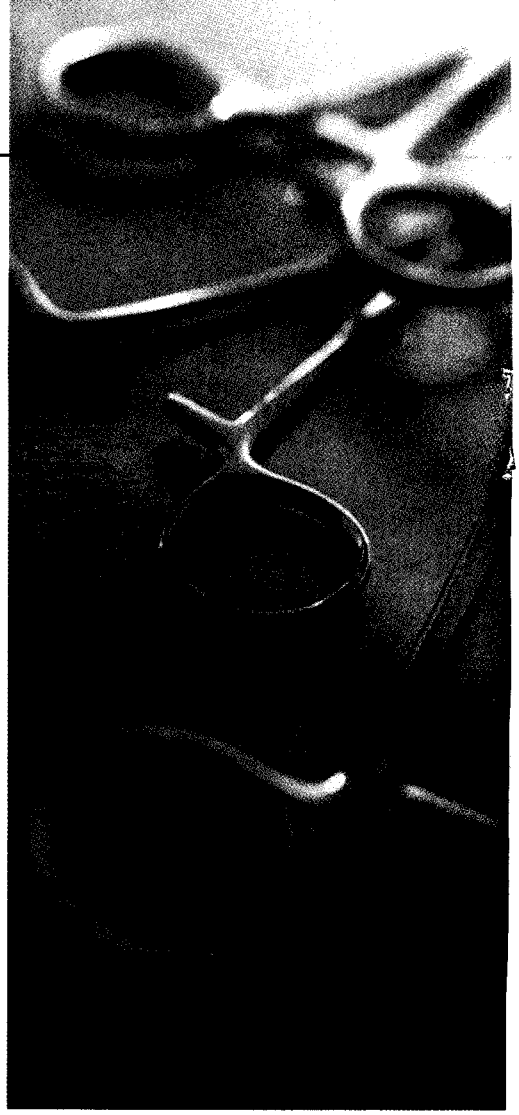
Presa in carico e definizione del rischio

Il primo step di una futura procedura chirurgica, a prescindere dal tipo di ricovero, è senz'altro la prima visita. Durante la prima visita vengono definite, sia per quanto riguarda DS e CA, le "dimensioni" del problema, ossia il peso in termini clinici di una patologia da trattare. È ovvio che la singola patologia debba essere vista, come sempre, nell'ottica generale dello stato di salute del paziente: un intervento tipicamente ambulatoriale, come per esempio l'ernia ombelicale, se proposto ad un paziente portatore di una patologia coagulativa del sangue, può rappresentare una deviazione ben precisa dai dettami della GCP (good clinical practice). E d'altra parte è evidente che le singole patologie suscettibili per definizione di CA, vadano "soppesate" riguardo alla loro entità, definendo con estrema esattezza patologia per patologia, criteri anatomici, clinici e generali che consentano l'inserimento in uno dei due differenti approcci (DS o CA).

Pertanto rispetto a questo primo punto, l'indicazione è che per entrambe le modalità di ricovero, DS e CA, vengano approntate una serie di modulistiche dalle quali si possano ricavare esattamente le valutazioni sopra riportate e dove sia ben indicata e giustificata la tipologia del ricovero.

Consenso informato

Immediatamente successivo al primo step e ad esso connesso, sia in termini temporali che logistici, il consenso informato dovrà essere necessariamente differenziato per le due diverse procedure di ricovero DS e CA: infatti il paziente deve essere ben edotto e consenziente, nel caso di CA ad una procedura che non prevede un ricovero nel posto letto "tradizionale", oltre alle consuete specifiche del caso in questione.



Il consenso informato come sempre andrà, per ciascuna singola patologia "di confine", adattato alla procedura ambulatoriale, piuttosto che in DS.
Il consenso informato in una formula che è da stabilire, struttura per struttura, dovrà essere anche richiesto per la cosiddetta CA minore.

Preparazione dell'intervento e prevenzione delle complicanze

Riguardo all'iter pre-operatorio e quindi alla preparazione del paziente, ancora una volta diventa imprescindibile il corretto inquadramento del paziente all'atto della presa in carico: infatti se nella stragrande maggioranza dei casi pochi esami ematici e un tracciato elettrocardiografico sono sufficienti per l'esecuzione di interventi in DS e CA maggiore, un maggiore approfondimento dovrà essere richiesto a seconda dell'anamnesi e dell'esame obiettivo del singolo caso, indipendentemente dall'attribuzione del percorso DS o CA. Nella CA "minore", nei casi di pazienti standard, non si ritiene necessaria alcuna preparazione. Tale strategia preparatoria è parte integrante della prevenzione delle complicanze. E ciò per quanto riguarda la preparazione prodromica all'intervento. Per quanto riguarda la preparazione operatoria, il giorno dell'intervento, fra DS e CA maggiore non deve esserci alcuna differenza in termini di astensione dall'alimentazione, tricotomia, cura dell'eventuale terapia medica assunta, profilassi antibiotica (quando prevista), identificazione del paziente e compilazione della cartella clinica, marcatura del sito chirurgico e procedure di trasporto in sala operatoria. Tale iter è parte integrante della strategia di prevenzione di complicanze legate a negligenza o inesperienza.
Per la CA minore, non si ritiene necessaria tale preparazione, se non come già detto, l'espressione di un consenso informato che tenga in debita considerazione eventuali patologie concomitanti e relative terapie in atto.
In caso di CA minore, quindi, non vi sarà cartella clinica, ma solamente una certificazione a posteriori dell'atto chirurgico eseguito.

Fase intra-operatoria

Riguardo tale fase, si ritiene innanzitutto che nessuna differenza in termini di requisiti minimi logistici, strutturali e tecnologici, debbano sussistere da DS e CA maggiore. Identica posizione va affermata per quanto riguarda l'assistenza anestesiologica, infermieristica e medica al tavolo operatorio. Naturalmente identico l'approccio chirurgico, la strumentazione e i differenti devices, indipendentemente dal regime di ricovero (CA o DS).
Per la CA minore è invece prevedibile una struttura di tipo ambulatoriale, purché organizzata con criteri minimi di sterilità e sicurezza (farmaci salvavita di emergenza, AMBU etc.), senza particolari limitazioni rispetto al personale medico/infermieristico, sottolineando che solamente l'anestesia locale è somministrabile in tali contesti.

Fase post-operatoria e terapia del dolore

Relativamente alla CA maggiore e alla DS, analoga attenzione verrà posta nel momento dell'immediata fase post-operatoria, in termini di monitoraggio delle funzioni vitali, della ripresa della deambulazione e dell'eventuale alimentazione e soprattutto della terapia del dolore: è evidente che, essendo il gesto chirurgico e quindi "l'invasività" a volte identico, indipendentemente dalle due tipologie di ricovero, il paziente vada curato e seguito nella medesima maniera sia in DS che in CA e che pertanto analoghe saranno le accortezze terapeutiche e comportamentali.
L'unica differenza sarà che per i pazienti in DS sarà previsto un letto "tradizionale" di ricovero, con l'eventuale pernottamento e per il paziente, invece, in CA maggiore sarà previsto un letto o poltrona ambulatoriale.
Viceversa per la CA minore, sarà sufficiente consegnare al paziente una prescrizione per una terapia domiciliare, senza la necessità di dover provvedere in loco a trattamento post-operatorio.

Recupero post-operatorio e gestione delle complicanze

È evidente che il recupero post-operatorio, indipendentemente dal tipo di ricovero, sarà condizionato dal tipo di anestesia: anche se un'anestesia generale eseguita al mattino è compatibile con una dimissione in giornata, è chiaro che i tempi di recupero e le possibilità (deambulazione autonoma, alimentazione e parametri vitali) andranno calibrati a seconda del tipo di intervento sul singolo caso. Certamente il paziente destinato a un percorso di CA dovrà essere ipoteticamente inquadrato con tempi di recupero più veloci e rapidi rispetto a un paziente in DS.
Per la CA maggiore, tale aspetto può essere secondario. Relativamente alla gestione delle complicanze si ribadisce innanzitutto, come detto nelle premesse, che essenziale è definire i requisiti minimi delle diverse strutture (che siano campus o off campus), di conseguenza la possibilità reale, o di riammissione in qualunque momento di paziente con complicanze (siano esse mediche o chirurgiche), il che definisce quindi una possibilità autonoma di gestione, o di indirizzo in una struttura esterna appositamente convenzionata e preparata all'uopo. In termini di personale, in tutti i casi, l'equipe chirurgica sarà la sola responsabile della gestione delle complicanze o direttamente o tramite una definita tournistica e reperibilità e ciò, naturalmente, sia in caso di DS che di CA. Per la CA minore, la gestione della complicanza sarà legata a un rapporto diretto tra il paziente e il singolo professionista e/o struttura che si adopereranno personalmente, o tramite un rapporto convenzionale a loro discrezione.

Dimissione

La dimissione del paziente in DS e CA spetterà di volta in volta ai differenti professionisti intervenuti nel percorso e prevederà eventuale accordo dell'anestesista, solo in caso di anestesia generale. Sia in DS che in CA maggiore, il paziente riceverà un'adeguata documentazione comprendente una lettera di dimissione e una brochure e/o informazioni post-operatorie, con le indicazioni per la reperibilità in caso di emergenza. In caso di CA minore, come già detto, solamente la certificazione dell'avvenuto atto, sarà consegnata.

Continuità assistenziale

Sarebbe auspicabile che il medico di famiglia venisse ogni volta edotto riguardo al trattamento ricevuto dal proprio paziente e che quindi possa partecipare attivamente nell'ambito della continuità assistenziale, cioè egualmente sia in caso di CA maggiore che di DS.
Al di là di ciò e come già detto nei punti precedenti, una reperibilità diretta o indiretta, autonoma o convenzionale va garantita sia in DS che in CA.
È altresì vivamente consigliabile, soprattutto per i pazienti in CA, che l'equipe chirurgica contatti telefonicamente il paziente la sera stessa dell'intervento.

Valutazione degli outcomes

Come noto, i punti essenziali di un percorso in DS e CA vanno identificati in alcuni markers, quali la puntualità dell'accettazione al mattino, la consonanza tra indicazione operatoria e riscontro intra-operatorio (compreso il tipo di anestesia), la coerenza tra percorso indicato e percorso realmente effettuato, l'indice di annullamento pre-operatorio, l'indice di complicanze intra-operatorie, l'indice di riammissione in sala operatoria, l'indice di prolungamento del regime di ricovero inatteso e infine il "customer satisfaction" espressamente certificato, con apposita modulistica, dai singoli pazienti. Tale metodologia è senz'altro da applicare sia per la DS che per la CA maggiore e deve prevedere un audit esteso a tutte le componenti (amministrative, infermieristiche, mediche e chirurgiche) delle singole strutture deputate. ■