



Università degli Studi di Padova

Facoltà di Ingegneria

Dipartimento di tecnica e gestione dei sistemi logistici

Tesi di laurea di primo livello

MODELLO DESCRITTIVO DELL'ATTIVITÀ DI DAY SURGERY PRESSO L'OSPEDALE SACRO CUORE DI NEGRAR

Relatore: Prof. Giorgio Romanin Jacur

Laureando: Luca Bersani

Anno Accademico: 2013/2014

INDICE

CAPITOLO 1

La Day-Surgery	1
1.1.Introduzione alla Day-Surgery	1
1.2.Dalle origini ai giorni nostri	4
1.3.La normativa di riferimento	6
1.3.1.L'evoluzione della normativa in Italia	6
1.3.2.La normativa in Veneto.....	8
1.4.I requisiti minimi per il Gruppo Operatorio: il DPR 14.01.1997	9
1.5.L'appropriatezza delle Sale Operatorie	13

CAPITOLO 2

La realtà di Negrar	15
2.1. Il gruppo operatorio	15
2.2. Il 4° piano	18
2.2.1. Attività	18
2.2.2. Le prestazioni erogate: una riflessione sui dati	23
2.2.3. Il personale	28
2.2.4. Pianificazione dell'attività chirurgica delle sale di Day-Surgery.....	32

CAPITOLO 3

Il flusso dei pazienti chirurgici tra le diverse unità produttive

dell'ospedale di Negrar	36
3.1. Introduzione.....	36
3.2. Il percorso del paziente chirurgico	36
3.3. Il percorso del paziente chirurgico con accesso programmato (4° piano)	39
3.3.1. Il 1° accesso in Day Hospital nello specifico: le sotto fasi.....	44
3.3.2. Il 2° accesso in Day Surgery nello specifico: le sotto fasi	47

Conclusioni	52
--------------------------	-----------

Bibliografia	53
---------------------------	-----------

CAPITOLO 1

La Day-Surgery

1.1.Introduzione alla Day-Surgery.

Con il termine Day-Surgery (Chirurgia di Giorno) si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi/invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale (L.G. 01/08/2002).

La Day-Surgery è un modello assistenziale che permette la diversificazione del flusso dei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi chirurgici, procedure invasive e seminvasive di tipo terapeutico e/o diagnostico, consentendo nella maggior parte dei casi, la dimissione del paziente nell'arco della stessa giornata in cui vengono effettuati tali trattamenti o, in un certo numero di casi, la mattina del giorno successivo (One Day-Surgery).

Questo modello assistenziale nasce dall'esigenza di ridurre la spesa sanitaria e migliorare nel contempo la qualità delle prestazioni offerte e da una domanda di salute sempre più complessa.

L'evoluzione di questa forma di ricovero è resa possibile dal continuo sviluppo della conoscenza e della pratica clinica, dall'incessante innovazione tecnologica (che comporta una diminuzione dei tempi d'intervento e dell'invasività di alcune procedure), dall'integrazione dei servizi sanitari e sociali e, per concludere, dalla capacità di fornire a minor costo servizi di analoga qualità ed efficacia.

Per una Day-Surgery efficiente ed efficace bisogna tener conto di alcuni elementi chiave:

I. Selezione delle patologie e dei pazienti.

Per la selezione dei pazienti vanno tenuti in considerazione come parametri:

- Valutazione clinico-anamnestica (situazione clinica, patologie concomitanti, età, peso, classe di rischio ASA);
- Valutazione dell'ambiente familiare in relazione all'assistenza post-operatoria e alla distanza dall'ospedale (massimo un'ora d'auto);
- Tempistica soddisfazione di qualsiasi richiesta d'informazione tramite telefono;
- Efficiente informazione del paziente e del medico curante (la collaborazione di quest'ultimo è di grande aiuto per la riuscita dell'intervento).

I parametri riferiti agli operatori sono invece:

- Individuazione della tecnica chirurgica più semplice ed omogenea da eseguirsi e cui la durata non superi l'ora;

- Identificazione della migliore sedazione pre-operatoria, anestesia intra-operatoria e analgesia post-operatoria;
 - Identificazione e raggiungimento di specifici standard di preparazione tecnico-professionale (ottenibili con continui programmi specifici di formazione ed aggiornamento).
- II. La struttura chirurgica, perché sono la qualità e la quantità di patologie chirurgiche trattate in relazione al proprio bacino d'utenza a definire le tipologie strutturali ed organizzative della Day-Surgery.
- III. Organizzazione dell'attività chirurgica:
- a. Selezione;
 - b. Ammissione;
 - c. Cura;
 - d. Dimissione.

Il successo di un programma di Day-Surgery deve il suo successo all'organizzazione delle attività, alla preparazione professionale e alla motivazione del personale medico. Figura chiave per un perfetto funzionamento della Day-Surgery è il medico responsabile del modulo di Day-Surgery che ha il compito di coordinare le attività della sala operatoria e della degenza, in collaborazione con la Capo Sala.

I principali vantaggi portati da un'unità di Day-Surgery sono:

- Riduzione dei costi di erogazione del servizio (legati all'occupazione dei posti letto e all'assistenza continua da parte del personale);
- Riduzione dei posti letti occupati per la degenza (il paziente usufruisce del posto letto solo per il tempo necessario al ripristino delle proprie funzioni motorie e psico-fisiche, tornando a casa in giornata o entro la mattina successiva l'intervento);
- Riduzione dei ricoveri ordinari in favore di forme di ricovero più brevi;
- Riduzione delle liste d'attesa (aumenta il numero di pazienti che la struttura può ospitare);
- Riduzione delle complicanze post-operatorie (grazie allo sviluppo di nuove tecniche chirurgiche e anestesologiche);
- Riduzione del disagio del paziente (dovuto a minor dolore post-operatorio e alla possibilità di tornare prima possibile alle attività abituali).

L'attività di Day-Surgery comporta la necessità di continuità delle cure al paziente anche dopo le dimissioni del paziente, tramite visite ed accertamenti (follow-up), fino a completa guarigione.

La successiva tabella rappresenta la scaletta per il follow-up telefonico nei primi 4 giorni successivi l'intervento presso il centro di Day-Surgery di Udine.

Ha dolore nella sede d'interevento (1-3 = 0 ; 4-6* = 1; 7-10*** = 3.)
In altra sede? NO = 0 SI = 1
La medicazione è pulita? SI = 0
(no) Qualche goccia di di sangue o siero. = 0
(no) Sporca di sangue*. = 1
(no) Intrisa di sangue fresco***. = 3
Ha cefalea? NO = 0 SI = 1
Ha nausea? NO = 0 SI = 1
Ha vomito? NO = 0 SI = 1
Ha difficoltà a respirare? NO = 0 SI = 1
Ha tosse? NO = 0 SI = 1
Ha febbre? (>38° C **) NO = 0 SI = 1
Mal di gola? NO = 0 SI = 1
Scialorrea / Abbondante salivazione? NO = 0 SI = 1
Sente il cuore battere più velocemente del solito? NO = 0 SI = 1

Ha mangiato?
Ha bevuto?
Ha scaricato?
Ha urinato?
Ha deambolato?
Ha assunto le sue medicine?
Ha usato analgesici? (Quantità + di 2 nelle ultime 6 ore**) = 1
Il curante è al corrente del suo stato?
E' passato a vederla?
Si ricorda la data del suo prossimo controllo in ospedale?
E' presente assistenza in casa?
Sa a che numero telefonare in caso di necessità?
E' in grado di valutare il suo stato d'ansia su una scala che va da 1 a 10 ? (1=minimo di ansia; 10=massimo di ansia) (da 1 a 3 =0 / da 4 a 6 = 1/ da 7 a 10 = 2)
<i>Altro:</i>
11-20* :Venga quanto prima in ospedale.
5-10* :Chiami il suo MMG ovvero la guardia medica
1-4* :Controlleremo telefonicamente domani.

Inoltre in caso di necessità è possibile il pernottamento e la degenza di 24 ore (One Day-Surgery).

Si applica questa forma di ricovero nei seguenti casi:

- ❖ Quando sia necessario trasferire in regime di ricovero atti chirurgici più complessi e per i quali sia necessario garantire un periodo di osservazione post-operatorio adeguato;
- ❖ Quando sia impossibile un'adeguata assistenza domiciliare per il paziente da parte dei familiari o tutori;
- ❖ Quando la residenza del paziente disti molto lontano dalla Struttura Sanitaria in cui è ricoverato (tempo di percorrenza in auto superiore all'ora).

1.2.Dalle origini ai giorni nostri.

Le prime modalità simili a quelle inquadrare oggi come Day-Surgery si ritrovano a fine '800 in Gran Bretagna presso il Royal Hospital for Sick Children a Glasgow dove vennero eseguiti più di 7000 interventi su bambini affetti da patologie ortopediche, ernie inguinali ed ombelicali, labbro leporino, etc. in regime di chirurgia ambulatoriale da Nicoll.

Nel 1938 la Dottoressa Gertrude Hertefeld di Edimburgo presentò una casistica con più di 1000 interventi ambulatoriali di ernioplastica in anestesia generale senza complicanze su bambini.

Negli anni '50 le liste d'attesa per gli interventi chirurgici per gli adulti con l'assistenza sanitaria pubblica nel Regno Unito erano interminabili; questo portò i chirurghi a sfruttare l'esperienza ambulatoriale della chirurgia pediatrica sui pazienti adulti. Fu in questo periodo che prese piede la convinzione che la deambulazione precoce fosse in grado di ridurre in modo drastico le complicanze (polmonari, tromboemboliche ed emorragiche), soprattutto grazie ai progressi ottenuti in campo farmacologico, anestesilogico ed assistenziale.

Questo successo portò ad un aumento degli studi sui vantaggi della chirurgia ambulatoriale e nel 1960 Stallwothy pubblicò un articolo in cui proponeva la diminuzione della degenza ospedaliera post-operatoria a vantaggio di quella ambulatoriale.

A causa dei pareri contrari di molti medici che si dimostrarono assolutamente contrari a queste teorie solo negli anni '60 vennero istituite negli USA le prime strutture che erogavano prestazioni di chirurgia ambulatoriale. Una di queste fu il Center for Health Science dell'Università della California a Los Angeles; responsabili di tale progetto furono due medici, David Cohen e John Dillon, che intuirono l'importanza, oltre di una pratica anestesilogica sicura nell'intervento, della selezione adeguata dei pazienti e la tecnica chirurgica; crearono dei protocolli e ottenendo importanti successi diedero il via alla creazione di altri centri simili.

Nel 1969 venne creato a Phoenix in Arizona il Surgicenter, che oltre che essere preso come modello da centri successivi risultò competitivo anche sotto l'aspetto economico.

Si può quindi notare come la Day-Surgery si sviluppò soprattutto negli Stati Uniti passando dai 3 centri e 10 sale operatorie del 1970 ai circa 150 centri e più di 400 sale dei primi anni '90.

In Europa ed in Italia la Day-Surgery ha avuto uno sviluppo molto più lento rispetto agli USA tanto che il primo congresso europeo di Day-Surgery si è svolto solo nel 1991 a Bruxelles. Possibili cause possono essere: le diverse politiche sanitarie nazionali, il basso interesse delle Amministrazioni, la scarsa disponibilità dei chirurghi a modificare il proprio metodo di lavoro, la scarsità di informazioni date ai cittadini.

Altri ostacoli possono essere:

- Il maggior interesse che i medici riversano nella ricerca di nuove tecniche operatorie per affezioni chirurgiche complesse a discapito della ricerca per patologie considerate minori;
- Le complesse e meticolose attività organizzative e di funzionamento che la Day-Surgery richiede con inevitabili ripercussioni in tutta l'area chirurgica;
- La necessità di poter comunque disporre di personale medico e assistente altamente qualificato.

In Italia solo nel 1994 ha visto la luce la SICADS (Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day-Surgery) che si è presa l'incarico di informare e formare gli operatori sanitari su questo tema, elaborando linee guida ed organizzando vari meetings e corsi di aggiornamento a livello nazionale. Nel frattempo le Regioni e i singoli Presidi Ospedalieri hanno fornito linee guida e protocolli per l'organizzazione della Day-Surgery.

1.3.La normativa di riferimento.

1.3.1.L'evoluzione della normativa in Italia.

In Italia con il passare degli anni si è assistito ad una continua e costante evoluzione della Day-Surgery tanto che dal 5% di interventi in chirurgia ambulatoriale di circa venti anni fa si è arrivati ad una media nazionale superiore al 30% seppur con un diverso comportamento tra le varie regioni (valore ancora molto lontano rispetto al 65% degli USA).

La previsione di un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario è stata introdotta nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera con la legge n. 595/85 già negli anni '80 e successivamente negli anni '90, in cui il DPR 20.10.1992 stabiliva le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportassero la necessità di ricovero ordinario e che per loro natura e complessità d'attuazione richiedessero la garanzia di un'assistenza medica ed infermieristica continua, difficilmente attuabile in ambito ambulatoriale. Il DPR precedentemente citato si riferisce a prestazioni prevalentemente mediche e difficilmente adattabile a prestazioni chirurgiche. Per tale motivo sono stati effettuati studi e proposte di regolamentazione della Day-Surgery, cui ha partecipato anche il Consiglio Superiore di Sanità (nel 1992 e 1995). In sintesi, il Consiglio si soffermava sul valore dei regimi assistenziali e concordava sul fatto che i modelli di chirurgia di giorno e di chirurgia ambulatoriale non fossero da considerarsi minori, e che i pazienti, opportunamente selezionati e previo consenso informato, potessero essere avviati a tali trattamenti.

Le proposte disciplinari di quel periodo portarono all'elaborazione nel 1996 da parte dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di un documento riguardante *“Proposte per la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche, diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno”*.

Nonostante tutto fino ad ora l'attività di Day-Surgery veniva correlata con l'attività di Day-Hospital; per giungere ad una normativa che considerasse le due in modo separato e focalizzasse l'attenzione sulle attività di Day-Surgery bisogna attendere il DPR 14.01.1997, recante *“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*, i cui contenuti verranno descritti in seguito.

Le linee guida presenti nel DPR sono state formalizzate con l'Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2002. Tale accordo serve a fornire indicazioni mirate a garantire che le attività di Day-Surgery si sviluppino secondo criteri di appropriatezza, efficienza e sicurezza per i pazienti; in quanto vi è presente un diverso grado di diffusione e regolamentazione delle attività di Day-Surgery tra le varie regioni. Sono stati affrontati punti ancora incerti, tra cui la definizione dei presidi autonomi di Day-Surgery e dei relativi requisiti minimi, la possibilità d'estendere la Day-Surgery alle ore notturne (One

Day-Surgery), la definizione o meno delle liste di prestazione. Inoltre con l'accordo si pone come obiettivo il miglioramento complessivo dell'efficienza operativa degli ospedali, consentendo di effettuare con ricoveri brevi prestazioni prima erogate in regime di ricovero ordinario. Tale modalità aiuta l'accessibilità alle prestazioni sanitarie, con riduzione dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici e tempo di degenza con conseguente riduzione dei costi. Inoltre vi è particolare attenzione al tema della sicurezza del paziente; la norma prevede che le attività di Day-Surgery siano organizzate e svolte con modalità che assicurino condizioni di sicurezza pari rispetto a quelle proprie della chirurgia ordinaria e riducano il disagio connesso all'intervento. Per assicurare la sicurezza del paziente si deve focalizzare l'attenzione principalmente nella selezione e nelle garanzie da fornire riguardo il percorso assistenziale; i criteri da applicare per ciò sono: clinici, organizzativi e socio-familiari; c'è poi la necessità di informare il paziente con documentazione ed informazioni adeguate riguardo al percorso chirurgico che andrà ad affrontare. È necessaria quindi una documentazione completa riguardo l'anamnesi del paziente in modo da poter garantire un'assistenza pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria (sia l'assistenza post-intervento che quella post-dimissione; con informazioni riguardo i comportamenti da seguire e la somministrazione di terapie, i riferimenti e i recapiti telefonici).

Nel marzo 2005 venne firmata l'Intesa Stato-Regioni che si occupò della ridefinizione dei ricoveri diurni e della rideterminazione degli standard in termini di posti letto (comprensivi dei posti letto per acuti, per la lungodegenza e per la riabilitazione post-acuzie).

Gli accordi finora descritti lasciano ampia libertà in termini di normative specifiche alle Regioni, le quali hanno integrato e specificato concretamente i principi generali stabiliti dall'Accordo e possono utilizzare sia gli strumenti relativi all'autorizzazione sia quelli dell'accreditamento; quest'ultimo si presenta particolarmente adatto a promuovere gli aspetti di qualità del processo clinico e organizzativo che l'Accordo richiamava in modo sintetico (documentazione, protocolli, informazione e formazione del paziente, sistema dei controlli, qualificazione del personale, etc.).

A tale proposito è utile ritornare al DPR n.4 del 14 gennaio 1997, in quanto è proprio questo che apre la strada all'accreditamento istituzionale, cioè un'attività di valutazione periodica per rilevare l'adesione ai criteri previsti da leggi e regolamenti e per promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate. Per quanto riguarda il Servizio Sanitario Nazionale, l'accreditamento istituzionale è un atto con il quale viene riconosciuto ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio delle pratiche sanitarie, lo stato di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

L'iter per ottenere l'accreditamento di una struttura è il seguente:

1. Presentazione dell'istanza d'accreditamento contenente l'insieme di domande e di risposte relative ai requisiti richiesti dalla normativa vigente;
2. Esame della documentazione e controllo di verifica presso l'Azienda richiedente;
 - In caso di successo viene emanato il Decreto d'accreditamento della struttura;

- In caso di esito negativo possono essere notificate delle prescrizioni con i relativi termini di adeguamento; successivamente verrà eseguita un'ulteriore verifica (punto 2).

1.3.2.La normativa in Veneto.

La prima regolamentazione a livello regionale si ha nel 1996 con la DGR n. 3609/96 "Trattamento di alcuni ricoveri ospedalieri e relativo aggiornamento al sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni ospedaliere", che fornisce la definizione di Day-Surgery e chirurgia ambulatoriale, indica i modelli organizzativi, disciplina il percorso di cura e stabilisce le tariffe. Le linee guida permettono inoltre la possibilità di un eventuale pernottamento in caso di problemi clinici o di sicurezza. Viene inoltre fornita una prima lista d'interventi effettuabili in Day-Surgery, che verrà in seguito ampliata ed aggiornata.

Sempre nel 1996 viene approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 1996/1998 che fissa una serie di obiettivi per la rete ospedaliera, con un accenno anche al ricovero diurno. Si prevede inoltre la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che permettano (mantenendo lo standard di salute dell'utente) un soggiorno più breve dell'utente in ospedale, con riferimento particolare alla Day-Surgery.

Con la DGR n. 5272 del 1998 la Regione adotta nuove linee guida che sostituiscono quelle del 1996 introducendo alcuni aspetti innovativi migliorando il percorso di cura in Day-Surgery; rendendolo meno frammentato per il paziente (organizzando tutte le attività diagnostiche preoperatorie in un unico accesso) e più flessibile per le strutture d'offerta. Vengono inoltre chiariti alcuni aspetti relativi alla gestione amministrativa del paziente nei casi in cui si verifichi il bisogno di trasferimento in regime di ricovero ordinario.

I modelli organizzativi di riferimento, i criteri di selezione dei pazienti, le fasi del percorso di cura, mantengono i canoni già previsti dalle linee guida del 1996.

Viene inoltre approvata una nuova lista degli interventi e delle procedure diagnostico/terapeutiche invasive o semi-invasive eseguibili in regime di Day-Surgery; aggiornata successivamente con la DGR n. 1887 del 1999 in cui si prevede anche la necessità di effettuare aggiornamenti della lista da parte di un gruppo di esperti con scadenza biennale.

Nel 2000 viene adottata la legge quadro n. 22 dalla Giunta Regionale che introduce provvedimenti sul sistema d'autorizzazione ed accreditamento, che comprendono anche l'elenco dei requisiti per le strutture che effettuano attività di Day-Surgery.

Nel 2002 la DGR n. 447 disciplina i percorsi dell'autorizzazione e dell'accreditamento e stabilisce che possono essere concesse autorizzazioni solo se coerenti con la programmazione regionale.

La DGR n. 2501 del 2004 ridefinisce quanto detto nel precedente decreto con un occhio d'attenzione alla Day-Surgery e al Day-Hospital.

Con la DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 vengono definite quali siano le prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno ed ambulatoriale e quali da erogare solo in regime ambulatoriale, pur mantenendo i consueti livelli di sicurezza.

Tali prestazioni (denominate prestazioni H) secondo le ultime delibere sono:

- Liberazione del tunnel carpale;
- Inserzione del cristallino intraoculare (cataratta);
- Legatura e stripping di vene varicose;
- Riparazione monolaterale di ernia inguinale o crurale;
- Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore.

Con il successivo decreto (il DGR n.3735 del 2007) è stato introdotto il regime di Week-Surgery, modello che prevede la possibilità di effettuare interventi chirurgici programmati che prevedono una degenza di massimo 5 giorni (ingresso in ospedale di lunedì e dimissione entro la giornata di venerdì). Tali interventi verrebbero eseguiti in regime di ricovero ordinario e si provvederebbe ad un'osservazione superiore alle 24 ore. Tale normativa prevede anche una distinzione netta tra i posti letto della Day-Surgery e quelli della Week-Surgery; inoltre si prevede la disattivazione di tali posti letto durante il fine settimana con conseguente risparmio di risorse umane riallocazione delle stesse per altre attività.

Per quanto riguarda la normativa tariffaria ci si rifà ad alcuni decreti che stabiliscono le modalità di remunerazione delle attività di Day-Surgery:

- Il DGR n.3609 del 1996 stabilisce che le prestazioni erogate in Day-Surgery siano valorizzate con l'applicazione di una tariffa pari all'80% pre quella prevista per il medesimo trattamento in regime di ricovero ordinario; se i ricoveri con intervento chirurgico e con degenza inferiore ai 2 giorni vengono effettuati in regime di ricovero ordinario, essi sono remunerati con una tariffa abbattuta al 35%;
- Il DGR n. 62 del 2005 prevede che per i ricoveri diurni si applichi la stessa tariffa di quelli ordinari.

1.4.I requisiti minimi per il Gruppo Operatorio: il DPR 14.01.1997.

In questo capitolo verrà discusso il DPR del 14 gennaio 1997 che stabilisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Stabilisce inoltre i parametri ambientali e gli indici microclimatici che devono essere presenti nelle sale operatorie e negli ambienti adiacenti a queste.

Tale decreto:

- Definisce la Day-Surgery come "possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e

semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale”;

- Fissa i requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi che i reparti operatori delle strutture pubbliche e private autorizzate devono rispettare (Tabella 1.1);
- Fissa le caratteristiche dell’impianto di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC), che deve avere le seguenti funzioni:
 - Assicurare e mantenere le corrette condizioni termo-igrometriche in relazione alle attività previste;
 - Garantire una concentrazione di agenti biologici, e più in generale di particolato aerotrasportato, al di sotto dei limiti previsti;
 - Permettere un’aerazione degli ambienti in grado di mantenere al di sotto dei limiti le concentrazioni di gas anestetici;
 - Assicurare i dovuti gradienti di pressione tra i differenti locali nel blocco operatorio.

Requisiti minimi dei reparti operatori	
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> - I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate; - Dotazione minima di ambienti : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spazio filtro di entrata degli operandi ▪ Zona filtro per il personale addetto ▪ Zona di preparazione del personale addetto ▪ Zona di preparazione utenti ▪ Zona di risveglio degli utenti ▪ Sala operatoria : <ul style="list-style-type: none"> - Superficie minima: 36 mq per locali nuovi - Superficie minima: 20 mq per strutture già esistenti ▪ Deposito presidi e strumentario chirurgico ▪ Deposito materiale sporco
Requisiti impiantistici	<ul style="list-style-type: none"> - Caratteristiche igrotermiche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperatura invernale ed estiva: 20-24 °C ▪ Umidità relativa estiva ed invernale: 40-60 % ▪ Ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo): 15v/h ▪ Filtraggio aria: 99.97 % ▪ Impianto di gas medicinali e impianto di aspirazione dei gas anestetici: collegati direttamente alle apparecchiature di anestesia - Stazioni di riduzione della pressione per il reparto operatorio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doppie per ogni gas medicale/tecnico ▪ Tali da garantire un adeguato livello di affidabilità - Impianto di rivelazione incendi - Impianto d’allarme di segnalazione di esaurimento dei gas medicinali

<p style="text-align: center;">Requisiti tecnologici</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni sala operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tavolo operatorio ▪ Apparecchio per anestesia (con sistema di evacuazione gas dotato di spirometro, monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato, respiratore automatico con allarme per la de connessione del paziente) ▪ Monitor per la rilevazione dei parametri vitali ▪ Bombola di ossigeno per le emergenze ▪ Misuratore di pressione arteriosa incruenta ▪ Sistema di misurazione temperatura corporea ▪ Elettrobisturi ▪ Aspiratori chirurgici e per bronco aspirazione ▪ Lampada scialitica ▪ Diafanoscopio a parete ▪ Strumentazione adeguata per interventi di chirurgia generale e specialistica ▪ Impianto elettrico: minimo 6 prese elettriche (2A) per letto operatorio - Per ogni gruppo operatorio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emodialisi ▪ Amplificatore di brillantezza ▪ Defibrillatore - Per ogni zona risveglio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo per ossigenoterapia ▪ Cardiomonitor e defibrillatore ▪ Aspiratore per bronco aspirazione
<p style="text-align: center;">Requisiti organizzativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La dotazione organica del personale medico ed infermieristico va rapportata alla tipologia ed al volume di interventi chirurgici - L'attivazione di una sala operatoria deve prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.

Tabella 1.1:Requisiti minimi dei reparti operatori.

In particolare i parametri impostati devono essere monitorati e collegati ad un impianto d'allarme in grado di segnalare il superamento di tali limiti. Inoltre bisogna monitorare, a scadenza semestrale, i valori ambientali richiesti per le sale operatorie con il controllo dei parametri oggettivi come temperatura e velocità dell'aria e umidità relativa. Inoltre bisogna tener conto dei gradienti di pressione relativa, previsti per i diversi locali, considerando i livelli di pulizia degli impianti (si parla di gradienti di pressione perché il blocco operatorio è in sovrappressione rispetto l'ambiente esterno). Le verifiche di controllo dell'impianto di VCCC vanno effettuate ogni 6 mesi con attenzione specifica per:

- Efficienza di filtraggio dell'aria;
- Verifica di eventuali perdite dei sistemi filtranti terminali;
- Perdita di carico dei dispositivi filtranti;
- Determinazione della carica microbica totale e dei microrganismi opportunistici e/o patogeni;

- Valore di portata d'aria di rinnovo immessa;
- Valore del rapporto tra volumi d'aria immessa e volumi d'aria in sala
- Valori delle pressioni ambientali.

Il blocco operatorio non deve permettere il passaggio diretto da un ambiente controllato dal punto di vista igienico-ambientale ad uno non controllato; per questo motivo rivestono particolare importanza le zone filtro per il personale, per i pazienti e per i materiali.

Di seguito vengono riportati i valori ambientali richiesti nelle camere operatorie e negli spazi limitrofi, per garantire le migliori condizioni di benessere possibile per pazienti e personale (Tabella 1.2 e Tabella 1.3).

Principali valori ambientali richiesti per le camere operatorie		
Temperatura	Compresa tra 20 e 24 °C	Valori costanti anche al variare delle condizioni esterne
Umidità relativa	Tra 40% e 60%	L'umidità ha un ruolo nella dispersione di particelle biologicamente attive
Rumore	48 dB (A)	Misurato al centro della sala ad una altezza di 170 cm dal pavimento
N° ricambi aria esterna (senza ricircolo)	≥ 15 / h	Rapporto tra aria totale immessa e volume dell'ambiente
Filtrazione	Efficienza dei filtri ≥ 99.97 % Eu I 2	UNI EN 1822
Carica microbica totale	≤ 1 UFC/ m ³	UFC (Unità formanti colonia) nell'aria immessa
Pressione differenziale (verso ambienti limitrofi ad esterni)	Differenza minima tra due ambienti collegati di almeno 5 Pa	ISO 14644 (pressione differenziale positiva e stabile a porte chiuse)
Diffusione d'aria	- Flusso turbolento - Flusso unidirezionale o misto	- Chirurgia generale o specialità - A seconda del tipo di chirurgia e del modello organizzativo

Tabella 1.2: Principali valori ambientali richiesti per le camere operatorie.

Prospetto dei parametri e degli indici microclimatici per i diversi locali del gruppo operatorio	
Ambiente e parametri	Valori
<i>Sala operatoria</i>	
- temperatura aria (inverno-estate)	20-24 °C
- umidità relativa	40 – 60 %
- velocità aria	0.05 – 0.15 m/s
- PMV (in funzione di attività e vestiario)	± 0.5
- PPD (in funzione del PMV ottenuto)	≤ 10 %
<i>Zona preparazione paziente, risveglio, lavaggio e preparazione chirurgici</i>	
- temperatura aria (inverno-estate)	20-24 °C
- umidità relativa	40 – 60 %
- velocità aria	0.05 – 0.15 m/s
- PMV (in funzione di attività e vestiario)	± 0.5
- PPD (in funzione del PMV ottenuto)	≤ 10 %
<i>Lavaggio strumentario e sub sterilizzazione</i>	
- temperatura aria (inverno-estate)	20-27 °C
- umidità relativa	40 – 60 %
- PMV (in funzione di attività e vestiario)	± 0.5
- PPD (in funzione del PMV ottenuto)	≤ 10 %
<i>Tutti gli altri locali</i>	
- temperatura aria (inverno-estate)	20-27 °C
- umidità relativa	40 – 60 %
- velocità aria	0.05 – 0.15 m/s

Tabella 1.3: Prospetto dei parametri e degli indici microclimatici per i diversi locali del gruppo operatorio.

1.5.L'appropriatezza delle Sale Operatorie.

Con appropriatezza si intende la misura dell'adeguatezza delle attività intraprese per trattare uno specifico stato patologico, in base a criteri d'efficacia ed efficienza che coniugano l'aspetto sanitario a quello economico; l'intenzione è quindi quella di valutare contemporaneamente questi due standard.

Si parla quindi di appropriatezza professionale ed appropriatezza organizzativa.

Con la prima si intende quella dell'intervento sanitario e si ha quando tale intervento:

- È di efficacia approvata da variabili livelli d'evidenza;
- Viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata;
- Presenta effetti sfavorevoli accettabili rispetto ai benefici.

Con appropriatezza organizzativa si intende invece l'erogazione di un intervento sanitario con la giusta quantità di risorse.

Pertanto, se l'appropriatezza professionale è condizionata dalle evidenze disponibili sull'efficacia/sicurezza degli interventi sanitari, l'appropriatezza organizzativa incontra il proprio "collo di bottiglia" nelle risorse economiche disponibili.

Anche negli interventi chirurgici e nella tipologia del regime di ricovero la sanità italiana si sta via via spostando su livelli d'appropriatezza migliori, in quanto si cerca sempre più d'offrire il giusto servizio sanitario, alla persona giusta, al momento giusto, con utilizzo di risorse adeguate (con risorse si intendono sia quelle umane sia quelle economiche, tecnologiche e fisiche, per esempio il posto letto per un ricovero).

In Veneto esiste un team di studiosi che ha come obiettivo principale quello di aggiornare continuamente le liste d'interventi che via via diventano di chirurgia in Day-Surgery; questo è possibile grazie ad un attento studio dell'evoluzione e delle tecniche procedurali impiegate.

Anche presso l'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar si sta cercando di raggiungere buoni livelli di appropriatezza riducendo le giornate di degenza a favore di ricoveri meno prolungati. Al momento sono operativi: il ricovero ordinario breve, la One Day-Surgery, la Day-Surgery e le attività di chirurgia ambulatoriale; diminuendo così il carico di lavoro dei reparti ed offrendo maggiori vantaggi agli utenti.

CAPITOLO 2

La realtà di Negrar

2.1 Il gruppo operatorio

Il Gruppo Operatorio costituito presso l'Ospedale Sacro Cuore di Negrar ha come finalità primaria quella di fornire le risorse necessarie alle Strutture Complesse di Chirurgia e di Anestesia e Rianimazione per lo svolgimento di tutta l'attività chirurgica.

Per ottenere i fini preposti bisogna mantenere elevati i requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici e le competenze infermieristiche necessarie a supportare i chirurghi delle diverse specialità e gli anestesisti.

Per ottenere ciò il Gruppo Operatorio si avvale delle seguenti modalità operative:

- La gestione e l'utilizzo comune degli spazi, delle attrezzature e delle tecnologie;
- L'utilizzo del personale infermieristico, che prevede la rotazione nelle varie specialità del rispettivo piano a seconda delle necessità e dei carichi di lavoro.

L'organizzazione del lavoro si basa su accordi presi con le risorse erogatrici e utilizzatrici di servizi; rispetta inoltre le normative regionali e nazionali, prevedendo il rispetto del regolamento interno del Gruppo Operatorio, nel quale sono determinati gli aspetti organizzativi e igienisti come le modalità d'accesso e i tempi per la fornitura del servizio preliminarmente concordati.

Di seguito verranno descritte le caratteristiche del Blocco Operatorio e della Day-Surgery che sono le due strutture all'interno dell'ospedale ospitanti le sale operatorie, soffermandoci prevalentemente sulla Day-Surgery nel prossimo paragrafo.

Il *Blocco Operatorio* si avvale di 14 sale operatorie adatte a chirurgia laparoscopica, endoscopica e a "cielo aperto"; è collegato internamente con Pronto Soccorso, Laboratorio analisi, Radiodiagnostica e a tutti i reparti di degenza.

Una serie di locali accessori completa l'area operativa assicurandone la sterilità e permettendo una razionale distribuzione delle fasi pre e post operatorie:

- zona filtro operandi;
- zona filtro personale (spogliatoi e docce);
- zona preparazione operandi e risveglio;
- zona sterilizzazione in urgenza;
- zona lavaggio strumentario;
- zona preparazione e lavaggio staff chirurgici.

Nelle sale viene immessa aria filtrata con filtri assoluti che assicurano un ricambio completo dell'aria 20 volte ogni ora; un controllo pressioni/depressioni spinge l'aria sempre verso l'esterno non permettendo il contatto con l'ambiente non sterile. Pavimenti e rivestimenti in PVC saldato termicamente permettono la perfetta disinfezione dal pavimento al soffitto.

La centrale di sterilizzazione associata alle sale operatorie, si avvale di:

- 4 autoclavi;
- 2 sterilizzatori a basse temperature (perossido d'idrogeno);
- percorsi differenziati in zone (sporco-pulito-confezionamento-sterile);
- tracciabilità informatica dei container.

Dal 2003, l'intero processo operatorio è certificato UNI EN ISO 9001:2000.

L'Unità operativa di Chirurgia Generale è situata al 4° piano dell'Ospedale Sacro Cuore (ingresso C) e dispone di 58 posti letto, di cui 5 dedicati all'attività di Day-Surgery.

La dotazione strutturale comprende:

- Due sale operatorie;
- Tre ambulatori di chirurgia generale-oncologica;
- Un ambulatorio senologico;
- Un ambulatorio di endocrinochirurgia;
- Un ambulatorio di chirurgia proctologica
- Un ambulatorio per pazienti stomizzati.

Inoltre sono presenti altre sale dedicate alla Day-Surgery in altri reparti di chirurgia come:

- Nel reparto di Chirurgia Vascolare di una sala operatoria dedicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì e una sala di DS dedicata al trattamento laser delle varici e alla chirurgia flebologica (solo il martedì);
- Nel reparto di Oculistica una sala operatoria dotata di moderna apparecchiatura per la chirurgia del segmento anteriore e posteriore dell'occhio;
- Nel reparto di Ortopedia e Traumatologia una sala operatoria per gli interventi ambulatoriali;
- Nel reparto di Otorinolaringoiatria un ambulatorio per la DS a radiofrequenza dei turbinati nasali.

L'attività di Day-Surgery è stata avviata nell'ospedale di Negrar nei primi anni 2000 ed è stata implementata negli fino a raggiungere un elevato livello qualitativo ed un numero sempre maggiore di specialità chirurgiche coinvolte. Per accedere alla prestazione il paziente chirurgico viene seguito dalle prime fasi di pre-ospedalizzazione, durante l'intervento chirurgico e nel post-operatorio tramite dei controlli e delle medicazioni che ne garantiscono la completa autonomia.

Questo percorso è stato quindi obbligato, date le normative nazionali e regionali in materia, che puntavano al miglioramento complessivo dell'efficienza operativa degli ospedali, consentendo in relazione ai progressi della medicina, di effettuare con ricoveri brevi, prestazioni che precedentemente erano effettuate in regime di ricovero ordinario. Tale modalità favorisce l'accessibilità alle prestazioni sanitarie, con riduzioni dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici di elezione e una conseguente riduzione dei costi ed una serie di vantaggi per il paziente chirurgico: l'ottimizzazione dei percorsi all'interno dell'ospedale, una maggiore continuità assistenziale ed una riduzione dei possibili disagi che si possono verificare nella normale routine quotidiana.

Nell'ultimo decennio le tipologie di intervento appena descritte sono state introdotte gradualmente al 5° piano: si è passati dal ricovero ordinario (RO) ad una progressiva implementazione di interventi in regime di:

- Day-Surgery (DS);
- Ambulatoriale (interventi poco invasivi e di breve durata in cui il paziente rimane in ospedale solo alcune ore).

Tutti gli interventi effettuati nelle sale operatorie vengono trascritti nei registri operatori, che vengono classificati in due grandi gruppi: i registri di RO (dove vengono trascritti gli interventi in ricovero ordinario e Ricovero Ordinario Breve (ROB)) e i registri di DS (che contengono gli interventi di DS, One Day Surgery (ODS) e chirurgia ambulatoriale).

2.2. Il 4° piano

2.2.1. Attività

Al 4° piano viene gestita tutta l'attività che riguarda gli interventi chirurgici ad accezione della degenza dei ricoveri ordinari e l'attività di chirurgia maggiore che vengono svolte rispettivamente al 5° e 3° piano.

Sempre al 4° piano arrivano pazienti provenienti dal Pronto Soccorso che presentano mono/poli traumi a bassa complessità che possono essere operati nelle sale del 4° piano.

Attività di *Day Hospital* e *pre-post ospedalizzazione*.

Con attività di Day Hospital si parla di una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane presso la struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie per poi tornare al proprio domicilio senza occupare alcun posto letto. Al 4° piano sono effettuati un esiguo numero di interventi in Day Hospital che richiedano la presenza dell'anestesista, il resto dei Day Hospital vengono effettuati nei rispettivi reparti o presso i poliambulatori di Casa Nogarè.

Con attività di pre-post ospedalizzazione si intendono tutte le azioni di controllo ed analisi del paziente chirurgico effettuate sia prima che dopo ricovero. Nello specifico la pre-ospedalizzazione è un servizio a favore di utenti per i quali è indicato sia un atto operatorio in regime di Day Surgery che di Ricovero Ordinario. In questa fase del percorso del paziente vengono svolti tutti gli accertamenti necessari all'intervento chirurgico tramite gli esami obiettivo (prelievo del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, ECG, e misurazione della pressione arteriosa). Dopo la consegna dei referti degli esami effettuati, il paziente viene sottoposto alla visita anestesilogica con l'obiettivo di determinare la classe ASA che serve alla categorizzazione del paziente in funzione dello stato fisico del paziente. La scala è divisa in 5 categorie a seconda del rischio, dalla classe 1 fino alla classe 5. Solitamente in regime di Day Surgery vengono operati pazienti di classe 1 o 2.

La post-ospedalizzazione (anche nota come Follow up) è la fase che comprende l'insieme di visite, medicazioni ed esami di controllo condotti in maniera sistematica successivamente all'intervento chirurgico e alla dimissione. Questa fase viene programmata al momento della dimissione dal personale infermieristico e, da normativa regionale, dura 30 giorni dopo la data di dimissione. In questo lasso di tempo la cartella clinica dell'utente rimane aperta per eventuali medicazioni, visite ed analisi cliniche, prestazioni gratuite comprese nel percorso del paziente per una completa assistenza; in tal modo il medico chirurgo ha la possibilità di seguire il paziente ambulatorialmente fino alla completa guarigione.

Al 4° piano vengono svolte le attività sopra descritte per ognuna delle seguenti specialità: Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Oculistica, Ortopedia; mentre si parla del 5° piano per

Otorinolaringoiatria e del 3° per Urologia (questi reparti essendo stati fondati successivamente non rientrano nel progetto iniziale del 4° piano).

Nello specifico, si elencano gli orari di apertura e chiusura e le attività effettuate dai 6 Day Hospital sopra citati:

- DH di *Oculistica*:
 - Apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 16.00; il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00;
 - Dispone di 12 letti di degenza, 7 poltrone di Day Hospital e una sala operatoria.
- DH di *Ortopedia*:
 - Apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 16.00; il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00 (è presente una sala gessi che presta servizio 24 ore su 24 accogliendo i pazienti inviati dal pronto soccorso per visite o prestazioni sanitari);
 - Dispone di una sala operatoria sul piano del reparto per gli interventi ambulatoriali ed altre 3 sale operatorie che lavorano dal lunedì al venerdì per gli interventi programmati.
- DH di *Chirurgia Vascolare*:
 - Apertura: orari vari a seconda del bisogno: pre-intervento, intervento, medicazioni;
 - Dispone:
 - di 8 posti letto di degenza suddivisi in 2 stanze doppie e 4 stanze singole;
 - di una sala operatoria dedicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì;
 - di una sala angiografica dedicata il giovedì;
 - di una sala di Day Surgery dedicata al trattamento laser delle varici e alla chirurgia flebologica (martedì);
 - di un ambulatorio di diagnostica vascolare non invasiva EcocolorDoppler e prestazioni specialistiche chirurgiche vascolari attivo dal lunedì al venerdì;
 - di un ambulatorio medicazioni il lunedì, il mercoledì e il venerdì;
 - di un ambulatorio dedicato alla visita chirurgica vascolare/flebologica il giovedì.
- DH di *Chirurgia Generale*:
 - Apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 16.00; il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00;
 - Dispone di 58 posti letto, di cui 5 dedicati all'attività di Day Surgery.
- DH di *Urologia*:
 - Apertura: dal lunedì al venerdì al mattino dalle 08:30 e al pomeriggio dalle 14:30; il sabato e la domenica al mattino dalle ore 08:30.
 - Dispone di 13 stanze a due letti con bagno e da 1 stanza a 4 letti con bagno.
- DH di *Otorinolaringoiatria*:

- Apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 16.00; il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00;
- Dispone di 2 stanze singole prenotabili con un supplemento, 5 a due letti e 2 a tre letti, in genere riservate ai bambini.

Attività di Day Surgery (o Day Hospital chirurgico).

La seconda macro attività è la Day Surgery, che comprende l'intervento chirurgico vero e proprio insieme alla preparazione del paziente all'intervento e alla degenza post-operatoria.

Al 4° piano sono presenti 2 sale operatorie dedicate ai soli interventi chirurgici e procedure diagnostiche invasive effettuati in anestesia topica, locale, locale più sedazione, plessica o spinale (poco invasive e riguardanti solo le zone interessanti l'intervento):

- *Anestesia topica:* abolizione reversibile della sensibilità mediante la somministrazione esterna e localizzata di anestetici sotto forma di creme, unguenti, gel o spray (usata negli interventi ambulatoriali di cataratta);
- *Anestesia locale:* abolizione reversibile della sensibilità in una piccola parte del corpo mediante la somministrazione localizzata di anestetici attraverso infiltrazione della cute o del sottocutaneo nella zona interessata dall'intervento. In questo tipo di anestesia (come nella topica) non è richiesta la presenza dell'anestesista in sala operatoria, in quanto è compito del medico chirurgo somministrarla al paziente;
- *Sedazione:* stato di ipnosi parziale in cui il paziente non perde completamente la nozione di sé, anche se in parte ne è deficitario. Può essere indotta pressoché con tutti i farmaci ipnotici ed è utile per l'esecuzione di manovre chirurgiche poco cruente e di durata limitata. Può essere profonda o cosciente e viene utilizzata in associazione con l'anestesia locale per diminuire la paura e l'ansia del paziente;
- *Anestesia plessica:* tecnica mediante la quale si inietta l'anestetico locale in prossimità di un plesso nervoso. L'effetto anestetico si estende alle aree di innervazione di molti o tutti i nervi che partono dal plesso interessato. Solitamente viene effettuata nella zona della spalla o del braccio.
- *Anestesia spinale:* tecnica mediante la quale si inietta una certa quantità di liquido anestetico tra 2 vertebre utilizzando degli aghi sottilissimi. Viene utilizzata principalmente per interventi agli arti inferiori o nella zona perineale. La durata di tale anestesia può variare da una a due-tre ore.

Le sale operatorie di Day-Surgery vengono, come detto in precedenza, utilizzate per interventi che non richiedono l'anestesia generale. Tale tecnica viene utilizzata per operazioni complesse e di lunga durata in cui vi è la necessità di avere una totale perdita coscienza da parte del paziente. L'anestesia generale infatti comporta l'assunzione dell'anestetico principalmente per via inalatoria, e quindi

l'utilizzo di anestetici che si presentano sotto forma di gas; si differenzia dagli altri tipi di anestesia descritti in quanto la somministrazione di questi avviene per lo più per via endovenosa o si presentano sotto forma di unguenti.

Le attività che coinvolgono il reparto di Day-Surgery si possono suddividere nel seguente modo:

- Interventi di chirurgia ambulatoriale;
- Interventi di Day-Surgery.

Le specialità chirurgiche coinvolte nelle attività sopra citate, sono le seguenti:

- Oculistica;
- Ortopedia;
- Chirurgia Vascolare;
- Urologia;
- Chirurgia Generale;
- Oncologia (solo per il posizionamento del catetere per iniziare la chemioterapia);
- Broncoscopia.

Gli interventi di chirurgia ambulatoriale (prestazioni H) sono interventi meno complessi, effettuati in anestesia locale o topica, in cui il paziente non occupa il posto letto. L'utente rimane in reparto solo il tempo necessario per verificare che non sorgano problemi o complicanze, e ritorna al domicilio in giornata, dopo alcune ore dall'intervento. Gli interventi in regime di chirurgia ambulatoriale svolti sono (secondo la normativa): liberazione del tunnel carpale, intersezione di cristallino intraoculare (cataratta), legatura e stripping di vene varicose, riparazione monolaterale di ernia inguinale o crurale.

Per gli interventi ambulatoriali non viene aperta la cartella clinica vera e propria, ma la cartella ambulatoriale. La diversità nelle due consiste nella diversità dei documenti contenuti in esse.

La prima contiene:

- Scheda di accesso;
- Anamnesi;
- Esami oggettivi;
- Scheda di consenso dell'intervento;
- Cartella anestesiologicala;
- Grafica paziente;
- Scheda/cartella infermieristica.

La cartella ambulatoriale contiene invece:

- L'impegnativa regionale del medico di medicina generale, con la quale l'utente si presenta il giorno dell'intervento e con la quale dovrà pagare il ticket (nei casi previsti);

- La consulenza fatta dal medico specialista riguardo l'intervento;
- Il consenso informato all'operazione firmato dall'utente;
- La copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento del ticket.

Gli interventi di Day-Surgery sono interventi di chirurgia minore, più complessi della chirurgia ambulatoriale per cui si prevede una degenza post operatoria in giornata in cui vengono monitorate continuamente le condizioni del paziente. In alcuni casi può essere necessario tenere sotto osservazione il paziente per un tempo maggiore fino ad un giorno, si parla di regime di ricovero in One Day-Surgery. I pazienti candidati a questo tipo di ricovero sono classificabili in tre tipi:

- Pazienti che presentano un quadro clinico particolarmente complesso;
- Pazienti che per motivi logistici (domicilio a una distanza superiore di 1 ora d'auto dall'ospedale) e sociali (mancanza di pazienti o tutori che possano seguirlo nella terapia prescritta) si potrebbero trovare in difficoltà in caso di problemi;
- Pazienti con intervento classificato come Day-Surgery, ma che al momento delle dimissioni presentano problemi o complicazioni, per cui l'anestesista e il medico ritengono necessario il pernottamento.

Per le prime due tipologie di pazienti la degenza di 24 ore a seguito dell'intervento viene decisa al momento della creazione delle liste operatorie, a seguito delle visite e del colloquio da parte del medico specialista e dell'anestesista, e a seguito di accertamenti ed esami.

Il reparto è attivo dal lunedì al venerdì per tutto il giorno con il mantenimento del personale indispensabile anche la notte. La chiusura al venerdì comporta un'organizzazione del lavoro che concentra nei primi giorni della settimana gli interventi più complessi.

Il ripristino delle sale operatorie, compreso il ripristino dei carrelli con la strumentazione chirurgica e la pulizia completa dei letti viene effettuata tra un'operazione e l'altra da personale dedicato, solitamente l'infermiere strumentista. Il tempo necessario per fare ciò è solitamente di 10-15 minuti. A fine giornata viene effettuata la sanificazione completa della sala operatoria da un'impresa esterna specializzata. Inoltre tutte le sale sono soggette a controlli periodici degli scarichi di gas (azoto e ossigeno principalmente).

Le specialità coinvolte possono venire classificate in 3 grandi gruppi:

- Day Hospital, inteso come fase di pre-post ospedalizzazione;
- Day-Surgery, intesa come attività chirurgica vera e propria;
- Degenza, intesa sia come la fase dell'accettazione e preparazione del paziente il giorno dell'intervento, sia come degenza post intervento per gli interventi ambulatoriali, di DH, ODS e, solo per il pazienti di Otorinolaringoiatria, di ricovero ordinario breve (2 notti e 3 giorni di degenza).

2.2.2. Le prestazioni erogate: una riflessione sui dati

Riprendendo l'importante tematica dell'appropriatezza in sanità e visto l'insieme delle varie attività erogate dal reparto di Day-Surgery dell'ospedale di Negrar, si vuole di seguito rappresentare l'evoluzione della chirurgia moderna passando da interventi in regime di ricovero ordinario verso interventi sempre meno invasivi in regime di DS e di chirurgia ambulatoriale. Come visto nel primo capitolo, anche la normativa nazionale e regionale dimostra questa continua tendenza nel tempo a spostarsi verso regimi di ricovero più brevi, riducendo i tempi di degenza, i disagi e i rischi per il paziente, garantendo allo stesso tempo la necessaria continuità assistenziale. Se da un lato vediamo un aumento considerevole dei vantaggi per il paziente, dall'altro si verifica una notevole riduzione dei costi per l'azienda sanitaria, dovuta ad una ricollocazione e ad un uso più efficace delle risorse umane, tecniche e strutturali.

Si vuole rappresentare di seguito l'andamento delle diverse tipologie di ricovero per quanto riguarda le specialità trattate sia in regime di ricovero ordinario che in regime di Day-Surgery. I dati sono stati estratti tramite il Sistema di Supporto alle Decisioni nel quale vengono registrati gli interventi eseguiti attraverso l'analisi del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera con un criterio uniforme a livello regionale del conteggio dei DRG chirurgici.

DRG chirurgici	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	PRIMI 6 MESI 2013
---------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------------------

CHIRURGIA GENERALE					
RO	795	881	856	877	611
DS	650	643	647	592	276
AMB	98	101	126	142	127
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
RO	563	584	543	615	431
DS	445	439	446	509	359
AMB	114	128	115	133	94
CHIRURGIA VASCOLARE					
RO	199	244	314	334	278
DS	49	44	16	25	14
AMB	132	143	127	114	61
OTORINOLARINGOIATRIA					
RO	365	397	399	358	267
DS	252	223	239	247	175
UROLOGIA					
RO	395	333	301	344	249
DS	422	442	388	508	289
AMB	4	3	5	6	2
OCULISTICA					
RO	77	78	84	44	18
DS	211	246	199	288	144
AMB	853	897	1017	1066	608

Tabella 2.1_DGR chirurgici dal 2009 al 2013

Interventi Chirurgia Generale

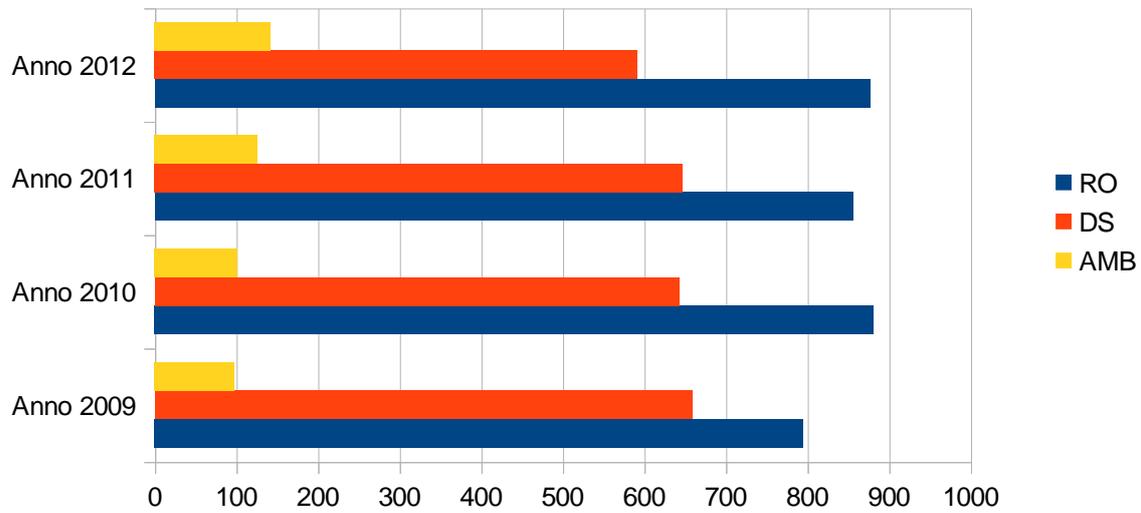


Grafico 2.1_Interventi di Chirurgia Generale

Interventi Ortopedia a Traumatologia

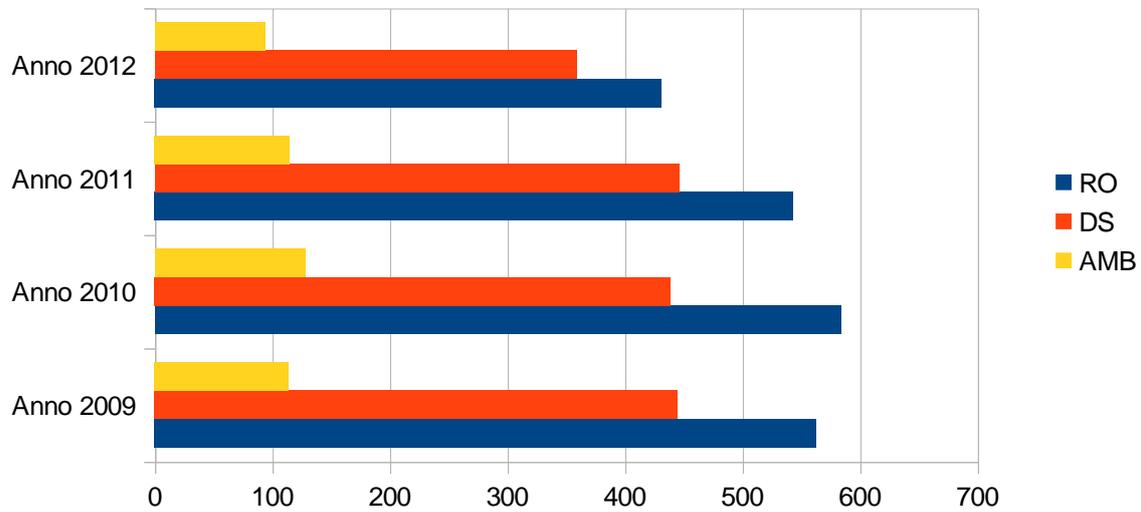


Grafico 2.2_Interventi di Ortopedia e Traumatologia

Interventi Chirurgia Vascolare

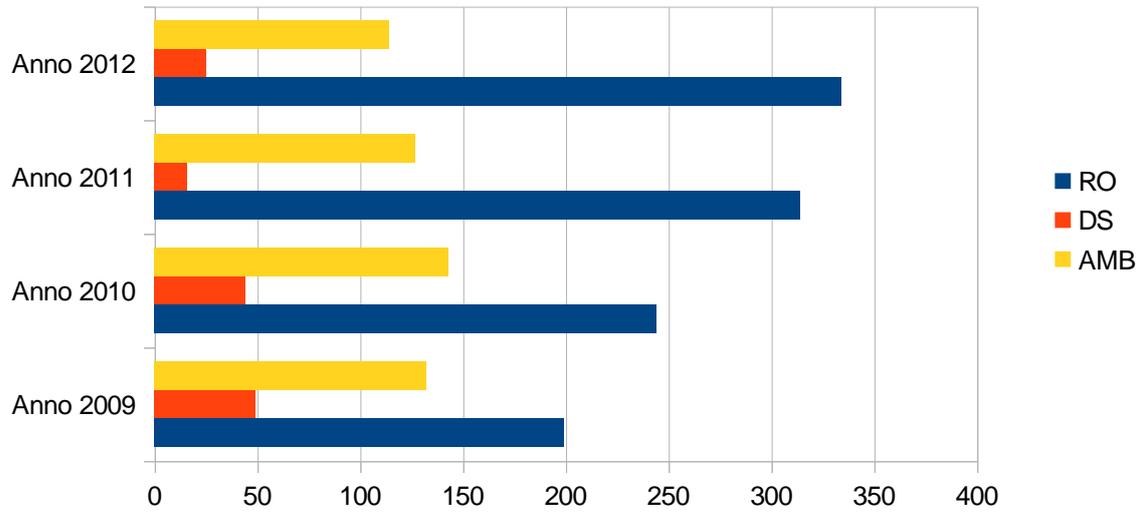


Grafico 2.3_Interventi di Chirurgia Vascolare

Interventi Otorinolaringoiatria

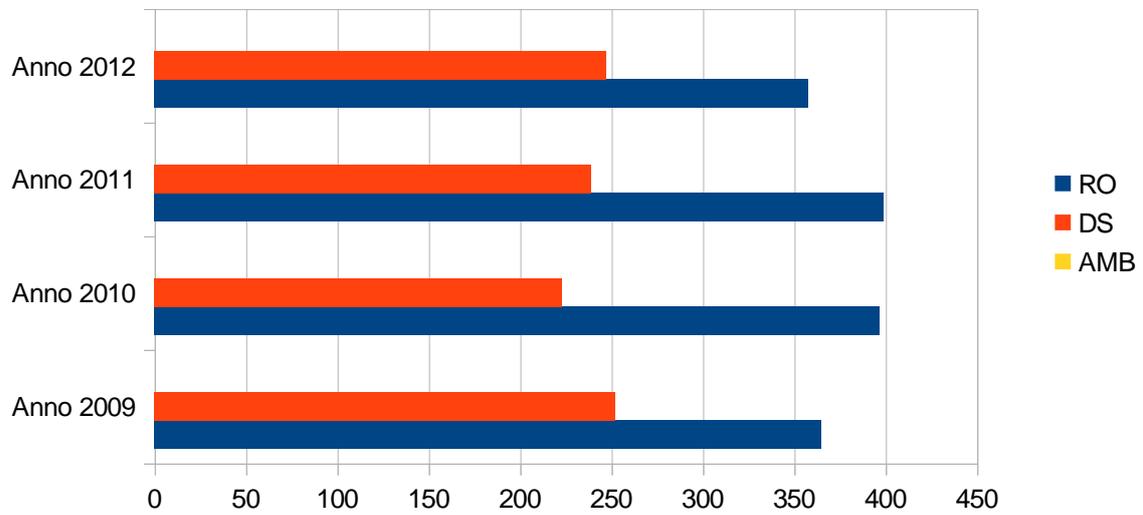


Grafico 2.4_Interventi di Otorinolaringoiatria

Interventi Urologia

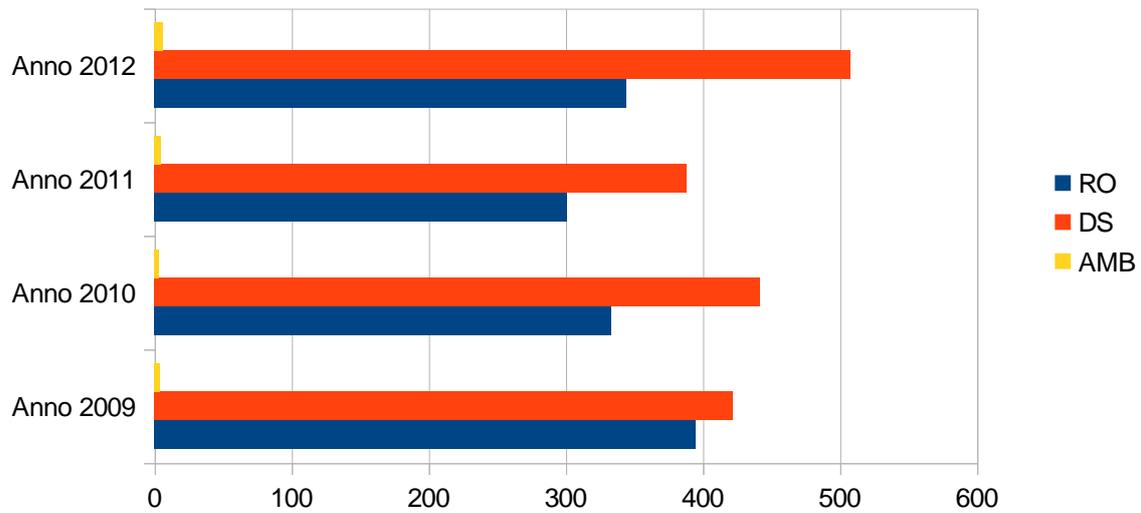


Grafico 2.5_Interventi di Urologia

Interventi Oculistica

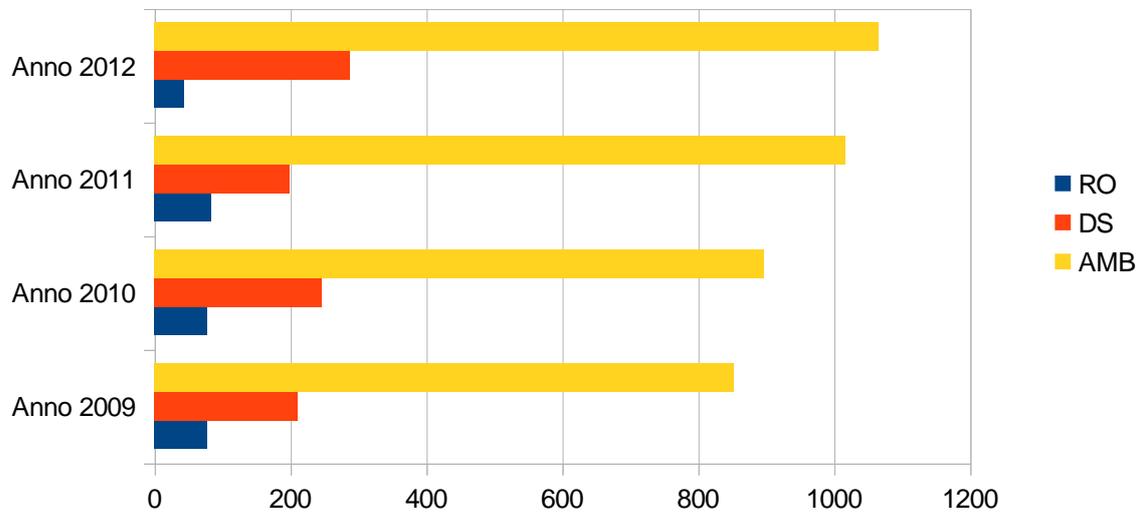


Grafico 2.6_Interventi di Oculistica

Dalla Tabella 2.1 e dai grafici seguenti si può notare come negli ultimi anni non vi è stata una riduzione dei ricoveri ordinari a favore dei ricoveri in Day-Surgery, come invece ci si aspetterebbe dopo l'introduzione dei decreti nazionali e regionali. Ciò è dovuto al fatto che nel tempo si è avviata una riorganizzazione delle attività e delle risorse impiegate; nel caso specifico sono stati trasferiti gli interventi di chirurgia minore al 4° piano permettendo di liberare spazi e risorse per gli interventi più complessi nelle sale operatorie più attrezzate del 3° piano.

2.2.3. Il personale

L'attività di Day-Surgery presso l'ospedale di Negrar vede coinvolte 4 figure professionali, ognuna con compiti e ruoli ben precisi:

- il Medico chirurgo;
- l'Anestesista;
- il Personale infermieristico;
- il Personale di supporto OSS.

Il medico chirurgo.

Il medico chirurgo ha il compito di eseguire le prime visite specialistiche ai pazienti inviati dal proprio medico di medicina generale, per verificarne le condizioni, far eseguire accertamenti, al fine di definire una diagnosi e di confermare o meno la necessità di un intervento chirurgico. Apre la cartella clinica del paziente che dovrà essere ricoverato, inserendo tutti i dati necessari ed informa lo stesso in modo esaustivo riguardo l'intervento, al fine di sottoscriverne il consenso.

I medici chirurghi sono coordinati dai propri primari a seconda della specialità e, in base ai turni di servizio e alla programmazione delle sale operatorie, eseguono interventi di Day-Surgery, One Day-Surgery e chirurgia ambulatoriale.

A seguito dell'intervento assicurano il controllo clinico dei pazienti operati definendo dei consigli terapeutici e le norme comportamentali post operatorie.

Al momento della dimissione verifica che siano presenti tutti i criteri affinché il paziente venga dimesso e, dopo la visita dell'anestesista, firma la lettera di dimissione.

L'anestesista.

Oltre ad assicurare il comfort del paziente durante l'intervento chirurgico, il ruolo principale dell'anestesista è quello d'elaborare processi e valutazioni di carattere clinico per mantenere, proteggere, regolare ed ottimizzare le funzioni vitali del paziente modificate ed alterate durante l'intervento. Inoltre, ha il compito di diagnosticare e trattare rapidamente qualunque problema sorga prima, durante o al termine dello stesso. L'attività da lui svolta si articola in 3 fasi: preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria.

Nella fase preoperatoria:

- Seleziona i pazienti valutandone il rischio anestesilogico e cardiologico attraverso la classificazione ASA;
- Controlla ed analizza gli accertamenti preoperatori;
- Fornisce adeguata informazione al paziente e si impegna a far firmare il consenso all'atto anestesilogico;
- Compila la cartella anestesilogica.

Nella fase intraoperatoria:

- Sceglie la tecnica anestesiológica piú adeguata;
- Esegue l'atto anestesiológico in modo da rendere possibile l'intervento chirurgico bloccando la percezione del dolore da parte del paziente;
- È presente in sala operatoria durante l'intervento nei casi in cui l'anestesia sia di tipo spinale, plessica locale con sedazione;
- Controlla il paziente ed è garante della sua sicurezza durante tutta la procedura chirurgica, verificandone continuamente i parametri vitali (pressione sanguigna, frequenza cardiaca, attività respiratoria, temperatura corporea, saturazione d'ossigeno, etc.);
- Propone una terapia del dolore postoperatorio sulla base delle linee guida aziendali;
- Compila la scheda anestesiológica;
- In caso di necessità interviene per trattare eventuali complicanze insorte durante lo svolgimento di interventi condotti in anestesia locale effettuati dal chirurgo in sala operatoria.

Nella fase postoperatoria:

- Controlla il dolore postoperatorio;
- Concorda i criteri per la dimissione o per il trasferimento del paziente in regime di ricovero ordinario;
- Partecipa all'accertamento dei criteri di idoneità alla dimissione e controfirma la dimissione per quello di sua competenza.

L'organico anestesisti nel presidio ospedaliero di Negrar si articola in 17 professionisti coordinati dal dott. Luigi Giacomuzzi. È lui quindi responsabile di garantire l'organizzazione della turnistica di tutti gli anestesisti nei blocchi operatori e nella Day-Surgery, negli ambulatori per le visite anestesiológicas e per la terapia antalgica. Inoltre programma gli anestesisti responsabili delle emergenze e delle urgenze per il Pronto Soccorso e per i trasporti; garantisce le reperibilità e l'assistenza postoperatoria del paziente. Nella programmazione si cerca di effettuare una rotazione degli anestesisti in tutte le attività citate, così da favorire una crescita professionale in tutte le specialità di loro competenza.

Personale infermieristico.

All'interno del blocco operatorio esistono ruoli diversificati per il personale infermieristico, in funzione della peculiarità delle attività stesse e dell'organizzazione del lavoro (assistenziale, tecnico, relazionale). L'attività relazionale e assistenziale ha assunto maggior valore soprattutto con l'aumento diffuso di tecniche di anestesia che mantengono inalterato lo stato di coscienza del paziente.

Il personale viene distinto in due categorie: sterile e non sterile, a seconda che entrino o no in contatto con lo spazio sterile della camera operatoria.

Le attività assistenziali infermieristiche sono molteplici, oltre a quella diretta nei confronti del paziente, vi sono azioni che prevedono collaborazione tra infermiere e medico anestesista e tra infermiere e medico chirurgo. Questo senza tralasciare tutte le attività indirette svolte dall'infermiere (disinfezione e sterilizzazione, preparazione dei tavoli servitori e dello strumentario chirurgico, preparazione e controllo dei supporti tecnologici, preparazione e controllo di materiale vario).

Il personale infermieristico dedicato al reparto di degenza e alla preparazione del paziente per il pre-ricovero e pre Day-Surgery presenta i seguenti compiti:

- Accogliere il paziente ed il familiare accompagnatore ed illustrare i percorsi organizzativo-terapeutici all'interno della DS;
- Effettuare e controllare l'accettazione;
- Preparare il paziente all'intervento secondo protocolli definiti;
- Assistere il paziente per tutto il periodo in cui permane nella DS accogliendone eventuali segnalazioni/reclami;
- Compilare le parti della cartella clinica di competenza infermieristica;
- Collaborare all'elaborazione dei protocolli assistenziali infermieristici attuandoli;
- Informare il paziente di tutte le procedure che dovranno essere eseguite sia in fase post-operatoria sia a domicilio, accertandosi che l'informazione sia stata recepita correttamente;
- Segnalare l'insorgere di problemi relativi allo stato del paziente per organizzare gli interventi sanitari più idonei;
- Tutelare la conservazione della documentazione clinica del paziente e compilare i report delle attività infermieristiche svolte.

L'assistenza infermieristica nel blocco operatorio può essere divisa in 3 momenti principali:

- Assistenza infermieristica pre-operatoria: ha inizio dal momento in cui il paziente viene affidato al personale del blocco operatorio e termina con l'inizio dell'intervento chirurgico. Il piano d'assistenza pre-operatoria prevede:
 - Attuazione di tutte le condizioni di accoglienza favorevoli al paziente;
 - Controllo della documentazione relativa all'intervento chirurgico a cui il paziente dovrà essere sottoposto;
 - Controllo dello stato di preparazione fisica del paziente (pulizia e disinfezione della cute, tricotomia);
 - Controllo e verifica dello stato psichico del paziente (livello e grado di informazioni ricevute, valutazione dell'influenza dello stress e grado di gestione dell'ansia).
- Assistenza infermieristica intra-operatoria: consiste in tutta l'attività infermieristica svolta dal momento dell'ingresso del paziente in sala operatoria fino al trasferimento del paziente nel reparto di degenza. L'infermiere incaricato a svolgere le attività in sala operatoria è l'infermiere strumentista: esso è a tutti gli effetti un elemento dell'equipe chirurgica e svolge

un'azione fondamentale di supporto tecnico ed assistenziale. All'ingresso del paziente in sala operatoria il piano assistenziale prevede:

- Posizionamento del malato sul letto operatorio;
 - Assistenza infermieristica all'anestesia;
 - Monitoraggio e controllo dei parametri vitali;
 - Assistenza all'equipe chirurgica.
- Assistenza infermieristica post-operatoria: ha inizio al termine dell'intervento chirurgico e termina con il trasporto del paziente presso il reparto di degenza. Il piano di assistenza prevede le seguenti verifiche sui pazienti:
 - Condizioni emodinamiche (frequenza cardiaca, P.A., PVC, ricerca dei segni clinici dello shock);
 - Diuresi e bilancio idroelettrolitico;
 - Grado di conoscenza;
 - Condizioni respiratorie: frequenza respiratoria, ricerca dei segni di ostruzione bronchiale, stimolazione della tosse se il malato è estubato, aspirazioni tracheali in caso contrario;
 - Controllo della ferita e dei drenaggi.

L'elaborazione di linee guida e di piani assistenziali nel blocco operatorio è fondamentale per garantire criteri standard di qualità dell'assistenza infermieristica, in grado di fornire livelli di assistenza uniformi e qualitativamente accettabili.

Le infermiere strumentiste presenti nelle sale di Day-Surgery dell'ospedale di Negrar sono in totale 8 e sono multidisciplinari; sono perciò in grado di gestire tutte le specialità presenti portando così una maggiore flessibilità nell'uso del personale e maggiore crescita professionale. Le infermiere strumentiste non dipendono dai medici chirurgici, ma fanno capo ad un'unica coordinatrice.

In genere, le infermiere presenti nella Day-Surgery, oltre alla laurea in Infermieristica, non presentano una specializzazione fatta in università, ma provengono tutte dall'esperienza maturata nelle sale operatorie del 3° piano. La loro formazione deve essere continuativa nel tempo e quantificabile tramite i crediti formativi ECM tramite corsi aziendali finalizzati alle sale operatorie, corsi esterni all'azienda o congressi (sostenuti anche a proprie spese).

I crediti formativi ECM sono una misura dell'impiego e del tempo che ogni operatore della Sanità dedica annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità. Sono finalizzati alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il singolo medico, infermiere o altro professionista sanitario possa essere garantito dalla qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità. Inoltre la ECM è uno strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e riqualificazione professionale.

Il percorso di inserimento e formazione del personale infermieristico nella struttura di Negrar viene riportato in un documento in cui sono elencati gli obiettivi che devono essere raggiunti dall'infermiere neo assunto. Per ogni obiettivo sono elencati:

- I contenuti;
- Le responsabilità, i metodi e i documenti informativi;
- I tempi;
- Gli standard minimi;
- La valutazione post verifica dell'acquisizione dei contenuti;
- Le potenzialità e/o le difficoltà della persona.

L'Operatore Socio Sanitario.

La figura del personale di supporto OSS è particolarmente importante nella Day-Surgery, essa si caratterizza per la personalizzazione dell'assistenza ed il comfort alberghiero. Secondo quanto previsto dalla normativa di profilo l'OSS collabora nei seguenti campi:

- Attività alberghiera, pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi e presidi della Day-Surgery;
- Fornisce collaborazione all'infermiere per atti di assistenza semplici al malato e atti di sanificazione ambientale. La figura dell'OSS è strettamente necessaria all'interno della DS al fine di programmare una corretta e continua sanificazione alla degenza (letto, comodino, armadio) e dei locali aperti al pubblico.
- Prepara l'ambiente e il materiale necessario al processo di intervento assistenziale;
- Accoglie e informa il paziente sugli elementi di comfort esistenti in reparto, regole ed orari del reparto e dell'ospedale.

Nel reparto di Day-Surgery, attualmente operano 5 OSS che collaborano col personale infermieristico; inoltre sono di supporto a questo le notti in cui la DS rimane aperta e i pazienti in degenza siano più di 10, come previsto dalla normativa vigente.

2.2.4. Pianificazione dell'attività chirurgica delle sale di Day-Surgery

Il Presidio Ospedaliero di Negrar vede il Blocco Operatorio diviso in 2 grandi gruppi: al 3° piano sono presenti 14 sale operatorie per gli interventi di chirurgia maggiore, mentre al 4° piano sono presenti le sale operatorie per interventi di minore invasività e minor rischio di complicanze in regime di Day-Surgery, ODS e Chirurgia Ambulatoriale.

Mentre le sale operatorie del 3° sono adibite ognuna per una differente e definita specialità quelle del 4° si alternano nell'arco della settimana alle diverse specialità di Day-Surgery.

Con programmazione dell'attività chirurgica si intende l'assegnazione delle sale operatorie per ogni specialità e viene definita in funzione di variabili nel lungo termine (base annuale) e nel medio-breve termine (base settimanale).

Per quanto riguarda il 4° piano, la pianificazione nel lungo termine ha l'obiettivo di definire un numero di sedute operatorie nelle varie sale del 4° piano nei giorni della settimana in base ai seguenti criteri:

- Il budget annuale;
- Le esigenze dei singoli reparti;
- Le risorse disponibili:
 - Tecnologiche (strumenti e tecnologie adottate);
 - Strutturali (sale operatorie disponibili);
 - Umane (organico medici, anestesisti, infermieri e OSS);
- La disponibilità dei posti letto;
- La domanda degli interventi per ogni specialità.

In base a questi requisiti, il Direttore Medico, i Direttori delle Strutture Complesse Chirurgiche, il responsabile dei Gruppi Operatori e il Direttore della Struttura Complessa di Anestesia in collaborazione con le Coordinatrici Infermieristiche del 3° e 4° piano, definiscono una pianificazione di massima su base annuale.

Assegnano un numero di sedute operatorie ad ogni specialità chirurgica tenendo in considerazione il calo "fisiologico" dell'attività programmata durante il periodo estivo e le variazioni dovute alla necessità di ridurre le liste d'attesa per gli interventi prioritari (es. tumori) di ogni specialità.

Sulla base di quanto detto sopra, i Direttori di ogni specialità chirurgica presentano settimanalmente al responsabile del Gruppo Operatorio la propria lista operatoria per una verifica dei requisiti concordati.

La programmazione definita su base annuale permette di definire un'organizzazione flessibile in base alle esigenze contingenti, condivisa e strutturata in funzione delle variabili sopra elencate. Questo significa che tale programmazione può subire delle variazioni dovute a necessità che si possono verificare nel tempo. Può per esempio succedere che, in un dato momento dell'anno, si preferisca assegnare un numero inferiore di sedute ad una data specialità per presentare una domanda e una lista d'attesa minore, a favore di un'altra specialità con una domanda, lista d'attesa e priorità clinica maggiori.

La stesura del registro operatorio, dal quale si generano le sedute operatorie giornaliere, è un'attività svolta dai medici referenti di ogni specialità e viene definita in funzione di 3 variabili principali:

- Liste d'attesa;
- Tipo d'intervento;
- Classe di rischio ASA.

Sulla base delle ultime due variabili, viene inoltre definita la sede dell'intervento chirurgico (3° o 4° piano) e la sede in cui avverrà la degenza (Tabella 2.2).

TIPO DI ANESTESIA	CLASSE ASA	TIPO DI RICOVERO	SEDE INTERVENTO CHIRURGICO	SEDE DEGENZA
AN. LOCALE con o senza sedazione	1 – 2 – 3	AMB / DS / ODS	IV PIANO	V PIANO
	4	ODS	IV PIANO	V PIANO
AN. LOCO-REGIONALE	1 – 2 – 3	DS / ODS	IV PIANO	V PIANO
	4	RO	III PIANO	V PIANO
AN. GENERALE	1 – 2	DS / ODS	III PIANO	IV PIANO
	3 – 4	RO	III PIANO	V PIANO

Tabella 2.2_Programmazione sede intervento chirurgico e degenza

Legenda: - **AMB**: ambulatoriale;
 - **DS**: day-surgery;
 - **ODS**: one day-surgery;
 - **RO**: ricovero ordinario.

Considerazioni:

1. Per i pazienti ASA1, ASA2, ASA3 che devono effettuare un intervento chirurgico erogabile in regime ambulatoriale, di DS o di ODS in anestesia locale con o senza sedazione o in anestesia loco-regionale, è necessario aprire la cartella ambulatoriale di DS o di ODS; l'intervento chirurgico e la degenza vengono effettuati rispettivamente al 4° e 5° piano;
2. Per i pazienti ASA1 e ASA2 che devono effettuare un intervento chirurgico erogabile in regime di DS o di ODS in anestesia generale, è necessario aprire la cartella di DS di ODS; l'intervento chirurgico viene effettuato presso il 3° piano, la degenza invece al 4°;
3. Per i pazienti ASA3 che devono effettuare un intervento chirurgico erogabile in regime di DS o di ODS in anestesia generale, è necessario aprire la cartella di RO; l'intervento chirurgico viene effettuato al 3° piano, mentre la degenza al 5°;
4. Per i pazienti ASA4 che devono effettuare un intervento chirurgico erogabile in regime ambulatoriale, di DS o di ODS in anestesia locale con o senza sedazione è necessario aprire la cartella di ODS; l'intervento chirurgico e la degenza vengono effettuati al 4° e 5° piano;

5. Per i pazienti ASA4 che devono effettuare un intervento chirurgico erogabile in DS o in ODS in anestesia loco-regionale o generale, è necessario aprire la cartella di RO; l'intervento chirurgico viene effettuato al 4° piano, la degenza al 5°.

Gli interventi chirurgici d'urgenza non presentano una classificazione in base alla classe ASA e al tipo d'intervento, ma tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico devono essere ricoverati presso il 5° piano o in Pediatria in base all'età. Fanno eccezione a quanto detto i pazienti che necessitano di intervento urgente di piccola chirurgia (in regime ambulatoriale) inviati dalla sala gessi, e i pazienti non ricoverabili per motivi logistici presso il 5° piano o la Pediatria che devono essere sottoposti con urgenza ad intervento di chirurgia minore.

La sede dell'intervento viene quindi definita anche in base al grado di complessità delle procedure chirurgiche (NHS National Institute for Clinical Excellence, 2003); la classificazione viene così effettuata:

- Grado 1 Piccola Chirurgia (procedure endoscopiche, escissione lesioni cutanee, drenaggio ascessi mammari, cataratta);
- Grado 2 Media Chirurgia (riduzione ernia inguinale, chirurgia della mammella, safenectomia, adenoidectomia, tonsillectomia);
- Grado 3 Medio-Alta Chirurgia (isterectomia radicale, tiroidectomia totale, prostatectomia endoscopica);
- Grado 4 Alta e Altissima Chirurgia (chirurgia polmonare, cardiovascolare, neurochirurgica, resezione del colon).

Una volta creata la lista operatoria, questa viene inviata al rispettivo piano (3° o 4°) a seconda delle variabili descritte in precedenza e viene visionata dalle Coordinatrici Infermieristiche del rispettivo piano e dal responsabile del Gruppo Operatorio. In base alla lista operatoria essi devono garantire il personale da inviare in sala operatoria per quello che è di loro competenza; mentre il medico chirurgo viene inviato dal Primario della rispettiva specialità chirurgica. La lista operatoria una volta creata può essere modificata se sussistono altre priorità dal medico referente per ogni specialità chirurgica in collaborazione con il Responsabile dei Blocchi Operatori.

L'utente viene informato telefonicamente riguardo data e ora dell'intervento circa 5 giorni prima dello stesso, mentre la conferma definitiva gli viene data circa 2 giorni prima dell'intervento.

Il numero massimo di interventi programmabili per una giornata dipende dal tipo e dalla durata degli stessi, dalla disponibilità di posti letto e dall'orario di apertura della sala operatoria. In questo lasso di tempo si deve programmare in modo da coprire tutto l'arco temporale a disposizione, cercando di non sforare e di non avere tempi morti.

CAPITOLO 3

Il flusso dei pazienti chirurgici tra le diverse unità produttive dell'ospedale di Negrar

3.1 Introduzione

Il seguente capitolo vuole presentare una tematica di rilevanza sempre maggiore presso le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale italiano: la *logistica del paziente (patient flow logistics)*. L'idea di base è quella d'ottimizzare la gestione dei flussi dei pazienti all'interno della struttura ospedaliera dal momento del primo accesso fino alla dimissione, concentrandosi sul concetto di "massima capacità produttiva" nelle singole unità operative e sull'ottimizzazione dei flussi lungo tutta l'intera catena erogatrice del servizio.

Un primo passo verso l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti in ospedale è quello di rappresentare il percorso fisico degli stessi tra le diverse unità operative per poi passare all'analisi delle criticità e delle problematiche di ogni fase.

In questo capitolo ci si soffermerà sulla prima fase di analisi e rappresentazione dei percorsi del paziente, analizzando attori e attività operative coinvolte basandosi su documenti interni ed esterni all'azienda ospedaliera, un'osservazione diretta sul campo ed una serie di interviste al personale direttamente coinvolto.

3.2 Il percorso del paziente chirurgico

Esistono due modalità alternative di accesso per pazienti chirurgici:

- Programmabile;
- D'urgenza (per pazienti provenienti da Pronto Soccorso).

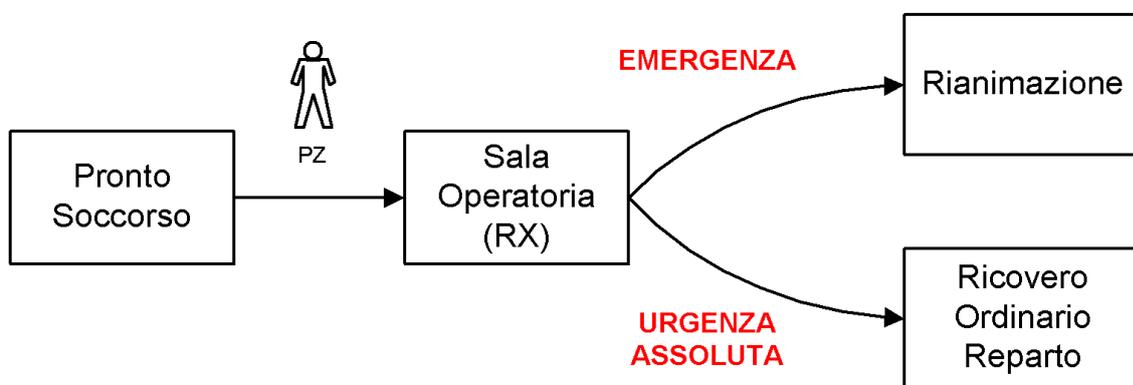
Le attività del 4° piano si classificano principalmente nel gruppo delle programmabili e seguono un iter ben definito suddivisibile in fasi e sotto fasi che verranno analizzate in seguito. Tuttavia alcuni giorni della settimana la sala 3 del 4° piano viene impiegata per i casi di "traumatologia d'urgenza". Viene quindi utilizzata per i casi meno gravi che possono attendere fino a 30 per l'operazione (urgenze relative).

Per identificare meglio i pazienti destinati ad essere operati al 4° piano esistono 4 differenti percorsi possibili, diversi in base al tipo di emergenza/urgenza:

- Emergenze: sono i casi più gravi che accedono dal Pronto Soccorso direttamente in sala operatoria e successivamente in rianimazione; eventuali radiografie vengono eseguite direttamente durante l'intervento;

- Urgenze assolute: il paziente accede direttamente in sala operatoria dove vengono eventualmente svolte le radiografie e successivamente viene ricoverato in reparto in regime di RO;
- Urgenze differite: accedono al Pronto Soccorso a radiografia per accertamenti, vengono quindi ricoverati in reparto in attesa dell'intervento per un massimo di 7 giorni.
- Urgenze relative: sono le meno gravi di tutte; il paziente accede al Pronto Soccorso e quindi in radiologia per accertamenti, poi nel Day Hospital di Ortopedia per esami e visita medica, quindi si passa all'intervento tramite il percorso della Day-Surgery.

Di seguito la rappresentazione del percorso per le emergenze e le urgenze assolute:



La rappresentazione del percorso per le urgenze differibili:



La rappresentazione del percorso per le urgenze relative (operazioni in sala 3 del 4° piano):

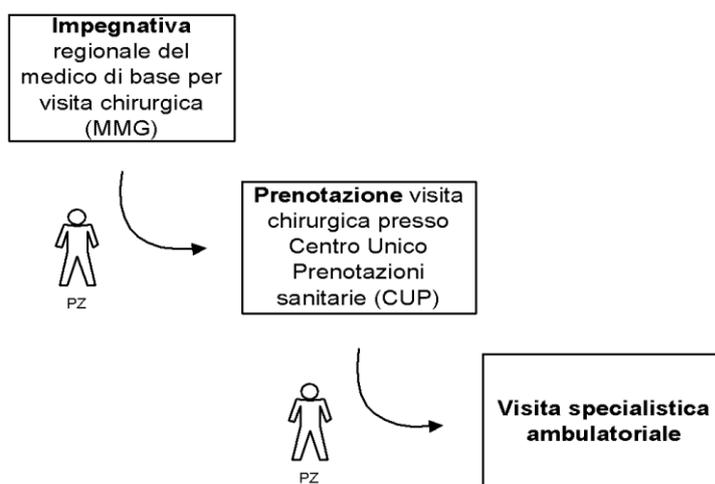


Il percorso del paziente programmabile è invece molto differente da quelli mostrati in precedenza; ha inizio con la compilazione dell'impegnativa da parte del medico di base per la visita specialistica e trova conclusione con la dimissione post-operatoria. Lungo questo percorso avviene l'erogazione dell'intero processo clinico assistenziale, per cui il paziente ha necessità della sala operatoria ed è fondamentale la programmazione e la gestione delle sedute. Oltre a ciò è necessario il coordinamento delle diverse aree operative coinvolte (ambulatorio, sala operatoria, degenza post-

intervento), delle risorse umane delle stesse unità operative e la gestione dei flussi di materiali (farmaci, dispositivi medici, materiale sanitario e non) a supporto dei processi di cura.

Per accedere ai servizi erogati dalla struttura ospedaliera l'utente deve prima rivolgersi al medico di base, se quest'ultimo ritiene necessaria una visita chirurgica specialistica compilerà un'impegnativa regionale tramite la quale il paziente potrà recarsi al Centro Unico Prenotazioni sanitarie (CUP) per fissare una visita specifica. L'operatore del CPU ha la funzione di fissare la prenotazione ma anche di ricordare all'utente di portare con sé tutti i documenti necessari affinché il medico specialistico possa fare l'anamnesi completa del paziente.

Fasi del primo contatto dell'utente con l'ospedale:



Con la prima visita specialistica il medico seleziona gli utenti in base alla patologia al fine d'evitare proposte improprie al regime di Day-Surgery e di chirurgia ambulatoriale. Nel caso si presenti la necessità di un intervento chirurgico, il medico dovrà informare il paziente riguardo il percorso che dovrà seguire e le eventuali complicazioni possibili. Le informazioni dovranno essere globali, corrette, approfondite e semplici. Se il paziente accetta di sottoporsi all'intervento dovrà firmare un modulo chiamato “*Consenso Informato*” all'operazione. Ogni specialità ha moduli differenti per il *Consenso*, uno per ogni tipologia possibile di intervento.

Successivamente sarà compito del medico specialista aprire la cartella clinica del paziente in cui verranno inseriti i seguenti documenti:

- “*Scheda d'accesso*” con i dati anagrafici, la diagnosi chirurgica, il tipo di priorità e gli esami obiettivo da svolgere prima dell'intervento per accertamenti e controlli;
- “*Consenso Informato*”;
- “*Anamnesi*” del paziente: le informazioni (documenti, esami svolti in passato, esami, terapie, etc.) vengono richieste dal medico specialista direttamente al paziente (non esiste ancora una banca dati globale).

Quello appena descritto è il processo che avviene in generale per quasi tutti i pazienti con accesso programmato; nei prossimi capitoli analizzeremo le varie casistiche.

3.3 Il percorso del paziente chirurgico con accesso programmato (4° piano).

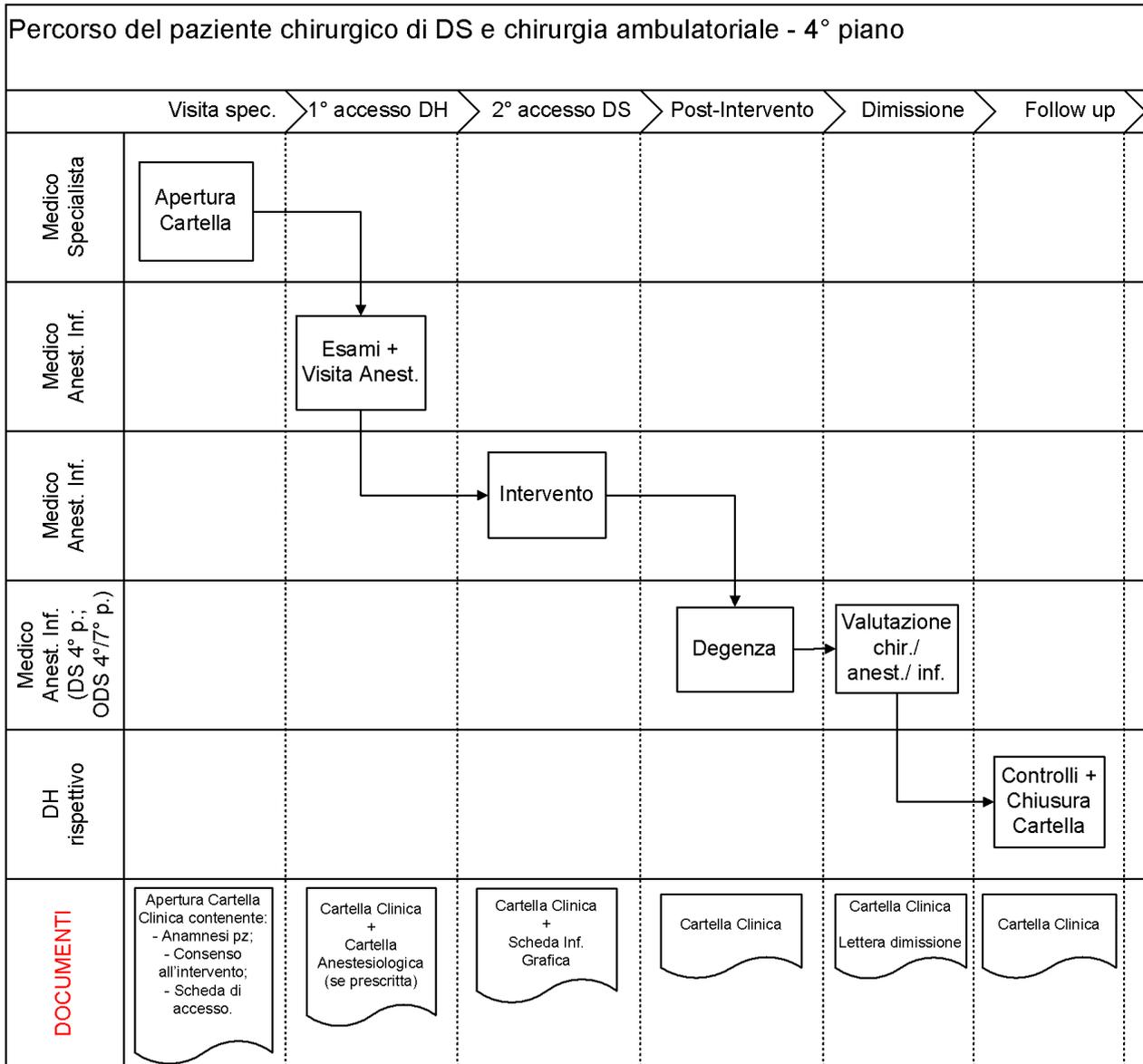
Si è identificato un percorso costituito da sei fasi principali, due delle quali (1° accesso in Day Hospital e 2° accesso in Day Surgery – One Day Surgery) verranno analizzate con la descrizione delle rispettive sottofasi:

- Visita specialistica;
- 1° accesso in DH;
- 2° accesso in DS – ODS;
- Post-ricovero;
- Dimissione;
- Follow up: medicazioni/controlli successivi la dimissione.

Per il resto del capitolo si utilizzerà il termine Day Hospital (DH) per intendere le attività di pre e post ospedalizzazione essendo tale accezione utilizzata anche dal personale ospedaliero.

Il flusso del paziente viene rappresentato dal seguente flow-chart; per comprenderne il significato il diagramma associa le attività/fasi del processo sulle colonne con gli attori/unità organizzative sulle righe. L'obiettivo di tale rappresentazione è di comprendere la sequenzialità delle attività e delle fasi per associarla alle rispettive responsabilità organizzative e per comprendere se esistano o meno dei particolari problemi o criticità.

Nell'ultima riga vengono evidenziati i documenti utilizzati in ogni singola fase del flow-chart.



Flow chart 3.2_ Percorso del paziente chirurgico di DS e chirurgia ambulatoriale

Verranno ora descritte le singole fasi del percorso in modo da capire in maniera più dettagliata lo svolgimento dei fatti e le casistiche evidenziate dall'osservazione diretta sul campo.

- Visita specialistica ambulatoriale.

Come già scritto in precedenza, il primo contatto tra paziente ed ospedale avviene tramite il medico specialista di ambulatorio. In questa fase il medico è già in grado di capire quale sia la patologia in atto e confermare la diagnosi per la quale può essere necessario l'intervento chirurgico. Sarà suo incarico informare l'utente del percorso terapeutico mettendolo nella condizione di poter firmare il *Consenso informato* all'intervento, documento indispensabile per iniziare l'iter all'interno dell'ospedale. In questa fase è importante svolgere un'attenta selezione dei pazienti da operare al fine d'evitare proposte in regime di ricovero DS o ambulatoriale improprie. Per il ricovero in DS si deve prevedere una corretta selezione dei pazienti che tenga conto delle condizioni generali,

dell'età, dei fattori logistici e familiari. È infatti preferibile che la residenza del paziente non superi l'ora di viaggio dall'ospedale e va inoltre garantita la presenza di un tutore nella fase successiva alla dimissione.

Per quanto riguarda la documentazione essa è differente nei differenti casi di chirurgia ambulatoriale rispetto a quelli di Day Surgery:

- Per i pazienti che necessitano di un intervento di chirurgia ambulatoriale il medico apre la cartella ambulatoriale contenente: l'impegnativa del medico, la consulenza specialistica, la copia del pagamento del ticket una volta pagata la prestazione, il consenso informato;

- per tutti gli altri pazienti che necessitano di un intervento chirurgico in regime di ricovero di DS, viene aperta la cartella di DS che raccoglierà tutti i seguenti documenti:

- La "Scheda di accesso" per ogni specialità. Secondo la normativa regionale vigente la prima parte è uguale per tutte le specialità e comprende i dati anagrafici, la diagnosi chirurgica, la classe di priorità e la classe ASA. La seconda parte è composta dalla prescrizione degli esami e della visita anestesiologicala (quando necessario) da parte del medico e differisce in base alla specialità considerata.
- Il "Consenso informato" firmato per ogni tipo di intervento.
- L' "Anamnesi" del paziente (le informazioni vengono richieste dal medico specialista direttamente al paziente).
- 1° accesso in DH.

In seguito alla visita specialistica l'utente si reca al rispettivo DH al 4° piano con la propria cartella clinica. Lì l'infermiere di DH si occupa della raccolta delle cartelle cliniche e della pianificazione degli esami obiettivo e visita anestesiologicala se necessaria. Il suo obiettivo è quello di ridurre al minimo il numero degli accessi del paziente, raggruppando l'erogazione delle prestazioni nell'arco di una sola mattinata.

Oltre l'orario d'apertura dei Day Hospital le cartelle cliniche vengono inviate al 4° piano direttamente dagli infermieri dell'ambulatorio a fine giornata lavorativa. L'infermiere di DH le prenderà in carico il giorno successivo e procederà con la pianificazione degli esami.

A pianificazione avvenuta l'utente viene avvisato riguardo data e ora in cui si deve presentare in DH per gli esami di controllo e la visita anestesiologicala tramite chiamata telefonica.

È in questa fase che viene fatto firmare un modulo al paziente in cui esso si impegna a terminare il percorso assistenziale presso la struttura, pena il pagamento per intero delle prestazioni già erogate. Vengono quindi aggiunti nella cartella clinica dei nuovi documenti:

- Gli *esami* svolti dal paziente;
- La *Cartella anestesiologicala* con il consenso informato alle procedure anestesiologicalhe.

La *Cartella Anestesiologicala Regionale* viene compilata in tutte le sue parti dal medico anestesista che visita il paziente nella fase del DH. È la seconda importante fase di controllo, in cui viene definita

precisamente la classe di rischio ASA e quindi anche il piano in cui è più opportuno operare il paziente.

Al termine di tutto ciò l'infermiere consegna al paziente un *modulo informativo* contenente tutte le informazioni riguardo il comportamento da seguire a domicilio nelle ore precedenti l'intervento.

- 2° accesso in DS – ODS.

Il mattino dell'intervento il paziente si presenta al reparto di DS e viene accolto da un OSS e da un infermiere. In questa fase (accettazione) il personale apposito si dedica al controllo dei dati anagrafici del paziente, all'assegnazione del posto letto, alla verifica del mantenimento da parte del paziente delle condizioni cliniche rilevate in sede di selezione e il rispetto delle prescrizioni farmacologiche e comportamentali, all'informare il paziente riguardo l'intervento.

Questa macro fase è composta da molte sotto fasi che compongono il percorso del paziente.

Ora verrà descritto cosa accade in generale, mentre nei prossimi paragrafi verrà descritta in maniera più approfondita questa parte del percorso.

Dopo l'osservazione delle condizioni iniziali del paziente l'OSS passa alla preparazione dello stesso e al momento della chiamata dalla sala operatoria viene somministrata al paziente una pre-anestesia in funzione del tipo d'intervento, della durata dello stesso e dello stato d'ansia del paziente.

Il trasporto in sala operatoria viene fatto per la maggior parte dei casi da un OSS o da un infermiere nel caso debba essere operato con anestesia generale.

L'infermiere strumentista delle sale operatorie prende in carico il paziente nella fase pre-operatoria e deve provvedere allo svolgimento di diverse attività in preparazione all'intervento. Successivamente all'intervento sarà compito dell'OSS, o in casi particolari dell'infermiere, riportare il paziente al proprio posto letto.

Nel 2° accesso si ha l'introduzione di ulteriori documenti da inserire nella Cartella Clinica, molto importanti durante la degenza del paziente:

- La *Cartella Infermieristica*: è un documento aperto per tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario. Contiene tutte le informazioni riguardo al paziente e all'intervento eseguito: nome e cognome, data, tipo di intervento, n° della stanza e del letto, ora di somministrazione della pre-anestesia, ora d'accesso e d'uscita dalla Sala Operatoria, terapie post-operatorie somministrate durante la degenza.

In alternativa per pazienti in ODS e ROB viene aperta la *Scheda Infermieristica* (avendo il paziente una degenza minore la scheda conterrà meno informazioni).

- *Grafica*: è un documento contenente la terapia prescritta dal medico chirurgo che il paziente dovrà seguire durante la degenza in ospedale. È compito dell'infermiere scrivere giornalmente l'orario di somministrazione della stessa. Questo documento vale per ODS,

ROB, ricovero ordinario.

- Post-ricovero.

In questa fase vengono gestite le variabili cliniche che determinano lo stato del paziente e gli eventi che si verificano fino al raggiungimento della completa autonomia. Viene programmato il trasferimento in un reparto di degenza ordinaria solo nel caso si manifestino complicanze di natura clinica, sociale o tecnico-organizzativa.

- Dimissione.

La dimissione è il momento in cui si conclude il ricovero in DS. A seguito del controllo clinico chirurgico e anestesilogico della fase di post-intervento viene valutata la possibilità di dimettere il paziente.

Nel caso in cui questa possibilità non venga valutata come attuabile è possibile tenere in osservazione il paziente per la notte dell'intervento; se i requisiti per la dimissione non verranno soddisfatti nemmeno il giorno successivo il paziente verrà ricoverato in reparto.

La lettera di dimissione è il documento definitivo per la dimissione del paziente e viene scritta dal medico della rispettiva specialità. Viene data al paziente spiegandogli i vari contenuti:

- tipologia d'intervento;
- consigli a domicilio (antidolorifici, medicinali, antibiotici);
- numeri di telefono dei reparti delle rispettive specialità.

In questa fase diventa fondamentale la funzione dell'infermiere nell'informare correttamente il paziente in modo da metterlo nelle condizioni di poter gestire autonomamente il post-operatorio, fornire un'adeguata educazione sanitaria per la gestione della medicazione, la giusta assunzione della terapia domiciliare prescritta e lo stile di vita da seguire.

Oltre a tutto ciò è molto importante garantire la continuità assistenziale resa possibile dalla reperibilità telefonica dei medici specialisti dei rispettivi reparti e dal medico di medicina generale.

In questa fase viene inoltre pianificato il follow up e quindi tutti i controlli a cui dovrà essere sottoposto il paziente.

- Follow up.

Con follow up si intende l'insieme di visite ed esami di controllo condotti in maniera sistematica successivamente all'intervento chirurgico e alla dimissione. Questa fase viene programmata al momento della dimissione dal personale infermieristico e viene poi svolta nei rispettivi Day Hospital di ogni specialità.

Il primo controllo post-operatorio (obbligatorio) avviene 3 giorni dopo l'intervento, e consiste nel controllo della ferita e della medicazione da parte del medico specialista.

Il secondo controllo (sempre obbligatorio) avviene a circa una settimana dall'intervento per il

controllo della ferita e la rimozione dei punti. Nel caso si presentino complicanze il paziente dovrà tornare per successivi controlli, in caso contrario si può procedere con la chiusura della cartella clinica.

3.3.1 Il 1° accesso in Day Hospital nello specifico: le sotto fasi.

Il 1° accesso in Day Hospital si può suddividere nelle seguenti sotto fasi:

- Pianificazione esami obiettivo;
- Esami;
- Ritiro/raccolta esami da parte dell'infermiere;
- Visita anestesiologicala;
- Stesura lista operatoria;
- Programma intervento.

- Pianificazione esami obiettivo.

Dopo la visita specialistica il paziente si reca nel rispettivo Day Hospital con la propria cartella clinica. L'infermiere di DH si occupa della raccolta delle cartelle cliniche e della pianificazione degli esami obiettivo e visita anestesiologicala (se necessaria).

Obiettivo dell'infermiere è quello di ridurre al minimo il numero d'accessi del paziente, raggruppando l'erogazione delle prestazioni nell'arco di un solo accesso (Questo per quanta riguarda i pazienti di DS o ambulatoriali; per pazienti d'altro tipo possono verificarsi più accessi per lo svolgimento di tutti gli esami).

A pianificazione avvenuta l'utente viene avvisato tramite chiamata telefonica riguardo data e ora in cui si deve presentare in DH per gli esami di controllo.

- Esami.

Nel giorno d'accesso in DH l'utente si reca nel rispettivo DH di prima mattina e viene sottoposto alle seguenti attività:

- prelievi per esami del sangue;
- elettrocardiogramma;
- radiografia del torace.

- Ritiro/raccolta esami da parte dell'infermiere.

Esiste un'interfaccia elettronica tra Day Hospital, Laboratorio, Centro Trasfusionale e Radiologia che permette l'accesso ai risultati degli esami in tempo reale.

- Visita anestesiológica (se richiesta da medico specialista).

È il momento in cui viene fatto il secondo controllo con la definizione da parte dell'anestesista del livello di rischio ASA del paziente (sono esclusi dalla visita pazienti che devono sottoporsi ad interventi in anestesia topica o locale).

L'anestesista ha il compito di compilare la *Cartella Anestesiologica* in tutte le sue parti.

A conclusione della visita può essere favorevole all'intervento e chiedere al paziente di firmare il *Consenso Informato alle procedure anestesiológicas*, oppure ritenere necessario lo svolgimento di ulteriori esami di controllo.

L'anestesista ha piena responsabilità del paziente e del suo stato dal momento in cui entra in sala operatoria per l'intervento fino a quando smaltisce l'anestesia nel post-intervento (nel caso non sia necessaria la visita anestesiológica la responsabilità del paziente cade sul medico chirurgo).

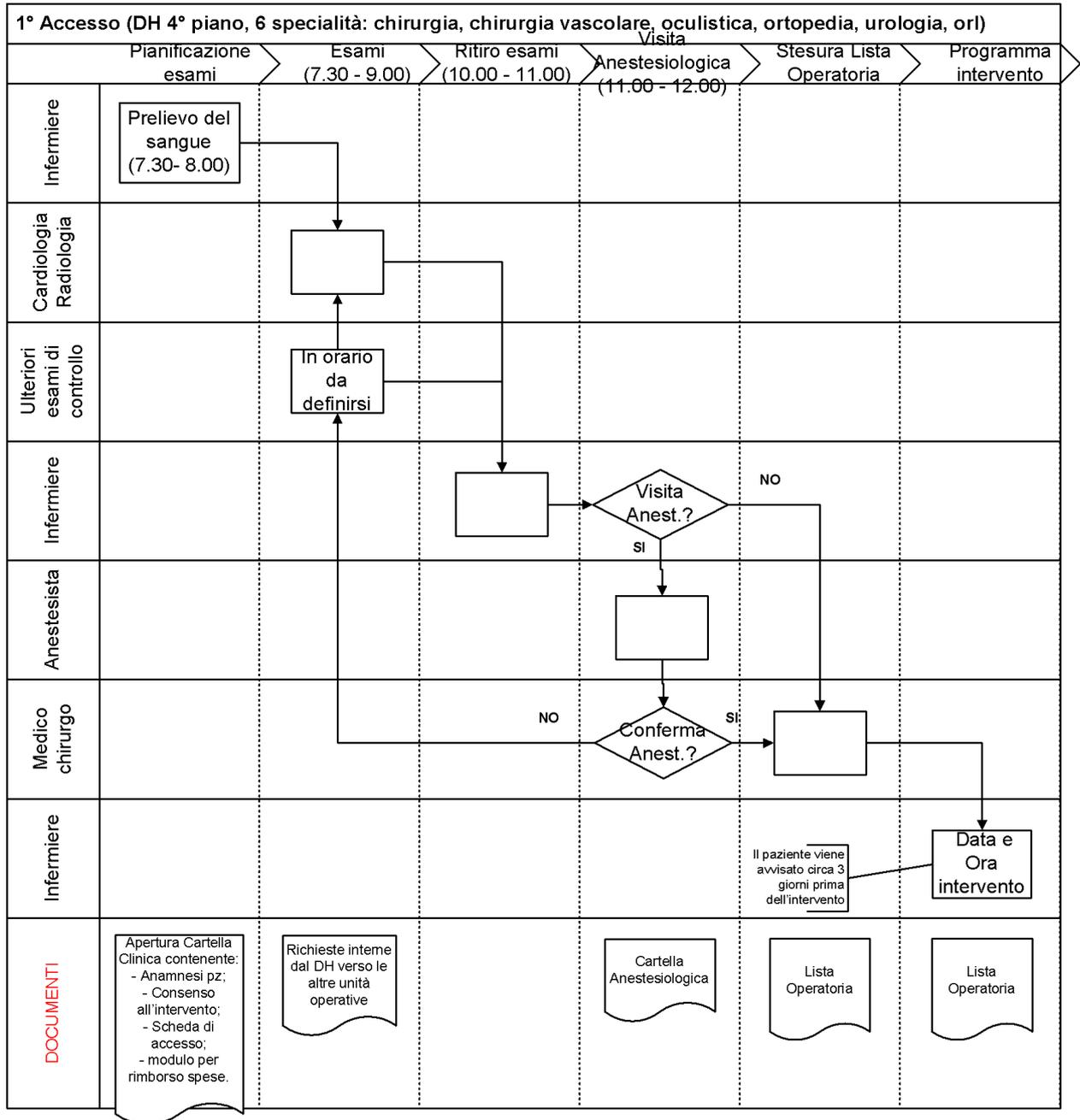
- Stesura lista operatoria.

Il medico chirurgo di ogni Day Hospital definisce la lista operatoria per la propria specialità in funzione della lista d'attesa, del tipo d'intervento, della classe di rischio ASA e delle caratteristiche del paziente. Le liste vanno poi supervisionate dalle Collaboratrici Infermieristiche e dal responsabile dei blocchi operatori.

- Programma intervento.

Le sedute operatorie devono essere consegnate ai responsabili il venerdì della settimana precedente l'intervento. Si possono considerare definitive 3 giorni prima dell'intervento, momento in cui l'infermiere di DH potrà confermare telefonicamente al paziente data e ora dell'intervento.

Di seguito viene rappresentata tramite flow-chart il percorso del paziente nella fase del 1° accesso in DH. Il diagramma associa le attività/fasi del processo sulle colonne con gli attori/unità organizzative sulle righe.



Flow chart 3.3_1° Accesso (DH 4° piano, 6 specialità: chirurgia, chirurgia vascolare, oculistica, ortopedia, urologia, orl)

3.3.2 Il 2° accesso in Day Surgery nello specifico: le sotto fasi.

Il 2° accesso in Day Surgery si può suddividere a sua volta nelle seguenti sotto fasi:

PRE-INTERVENTO:

- Accettazione;
- Verifica del paziente;
- Preparazione del paziente;
- Pre-anestesia (30' prima dell'anestesia);
- Trasporto del paziente in sala operatoria;
- Presa in carico del paziente in sala operatoria;
- Intervento.

POST-INTERVENTO:

- Trasporto del paziente in DS;
- Terapia post-intervento;
- 1° verifica delle condizioni del paziente (anestesista);
- 2° verifica delle condizioni del paziente (medico chirurgo);
- 3° verifica delle condizioni del paziente (infermiere);
- Dimissione.

1. Accettazione.

Il giorno dell'intervento tutti i pazienti si presentano presso il reparto di DS e vengono accolti dall'OSS e dall'infermiere professionista. L'OSS controlla il nominativo e verifica il posto letto assegnato, quindi accompagna il paziente nella stanza di degenza e veste il paziente in vista dell'intervento.

2. Verifica del paziente.

L'infermiere verifica che l'utente abbia eseguito a domicilio le prescrizioni date durante il primo accesso in DH, lo stato di salute del paziente e che le condizioni cliniche siano costanti rispetto le visite precedenti e gli esami effettuati; informa inoltre il paziente riguardo l'intervento e risponde ad eventuali richieste.

3. Preparazione del paziente.

L'OSS accompagna il paziente in sala tricotomia per la pulizia della cute interessata. Controlla ed informa nuovamente il paziente riguardo la preparazione all'intervento (togliere monili, protesi, smalto, cosmetici...). Somministra inoltre la pre-medicazione (impacchi) al primo paziente in lista, come prescritto dal medico.

4. Pre-anestesia.

L'infermiere somministra la terapia pre-operatoria. Si tratta di una pre-anestesia che varia in funzione di: tipo di intervento, durata dell'intervento e tipologia del paziente (stato d'ansia).

Può essere somministrata per via orale, intramuscolare o mista. Viene somministrata al momento della chiamata in sala operatoria, circa mezz'ora prima dell'intervento.

Lo scopo è quello di far giungere il paziente in sala operatoria in uno stato tranquillo.

L'infermiere deve scrivere e documentare con ora e firma tutto quello che viene fatto al paziente nella *Scheda Infermieristica*.

5. Trasporto del paziente in sala operatoria.

Il paziente viene trasferito in sala operatoria su chiamata delle infermiere strumentiste in base all'ordine in lista. Il paziente viene accompagnato in sala da un OSS o un infermiere (nel caso di anestesia generale con paziente ancora dormiente), con la documentazione clinica e l'antibiotico o altro farmaco prescritto dal chirurgo.

6. Presa in carico del paziente in sala operatoria.

Il paziente viene spostato dal proprio letto al lettino operatorio ed affidato all'infermiere strumentista. L'OSS/infermiere dedicato al trasporto torna in reparto.

7. Intervento.

L'infermiere strumentista prende in carico il paziente nella fase pre-operatoria e deve provvedere a:

- presentarsi al paziente;
- prendere visione della scheda infermieristica, della scheda anestesiologicala e dei dati clinici, verificare le generalità del paziente, controllare la presenza della scheda del consenso;
- verificare ulteriormente la presenza di protesi o monili;
- informare e spiegare al paziente le procedure alle quali sarà sottoposto;
- controllare la posizione del paziente sul letto operatorio in relazione al tipo di intervento e di anestesia.

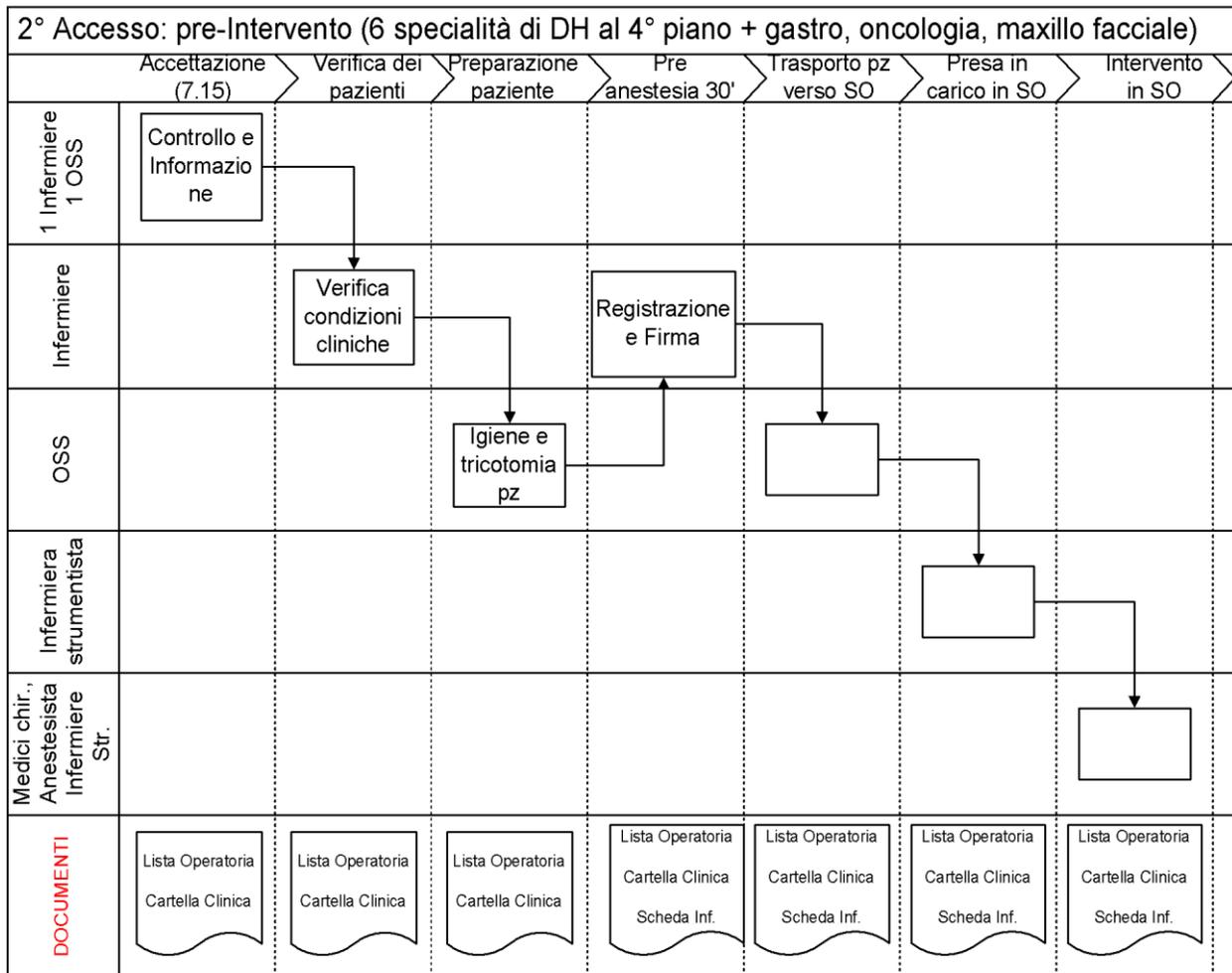
In sala operatori l'infermiere strumentista collabora durante tutta la fase intra-operatoria e provvede a:

- collegare i cavi già predisposti al monitor e monitorizzare il paziente;
- collaborare con il chirurgo e con l'anestesista, se presente, durante l'esecuzione dell'intervento;
- controllare il monitoraggio del paziente.

La seconda strumentista di sala si occupa della disposizione del materiale necessario all'intervento chirurgico e collabora con il chirurgo.

Nel post-intervento le principali attività dell'infermiere strumentista sono:

- staccare i cavi del monitoraggio;
- accertarsi che il paziente sia in buone condizioni;
- chiamare il reparto;
- consegnare all'OSS o all'infermiere il paziente e la documentazione con eventuali altre informazioni cliniche.



Flow chart 3.4_ 2° Accesso: pre-Intervento (6 specialità di DH al 4° piano + gastro, oncologia, maxillo facciale)

POST-INTERVENTO:

8. Trasporto del paziente in DS.

L'OSS trasporta il paziente in reparto nella stanza assegnata e si assicura che l'ambiente sia tranquillo.

9. Terapia post-intervento.

La cartella clinica contiene ora tutte le informazioni riguardo la terapia che il paziente deve seguire nel corso della giornata, prescritta dall'anestesista o dal medico chirurgo.

L'infermiere di Day Hospital si attiva per la relativa assistenza da assicurare al paziente.

10. 1° verifica delle condizioni del paziente (anestesista).

L'anestesista visita i pazienti sottoposti ad anestesia spinale, plessica, sedazione e generale; quelli con anestesia locale o topica non necessitano del controllo dell'anestesista come della sua presenza in sala operatoria.

Il medico anestesista svolge alcuni accertamenti sullo stato della persona tramite una visita del paziente in cui verifica tramite una serie di domande lo stato di salute del paziente e le sue condizioni vitali.

È dell'anestesista il primo consenso alla dimissione.

11. 2° verifica delle condizioni del paziente (medico chirurgo).

Il chirurgo controlla la ferita e se necessario rinnova la medicazione, verifica il dolore percepito dal paziente.

Informa lo stesso sul comportamento che dovrà tenere a domicilio e tutte le precauzioni del caso.

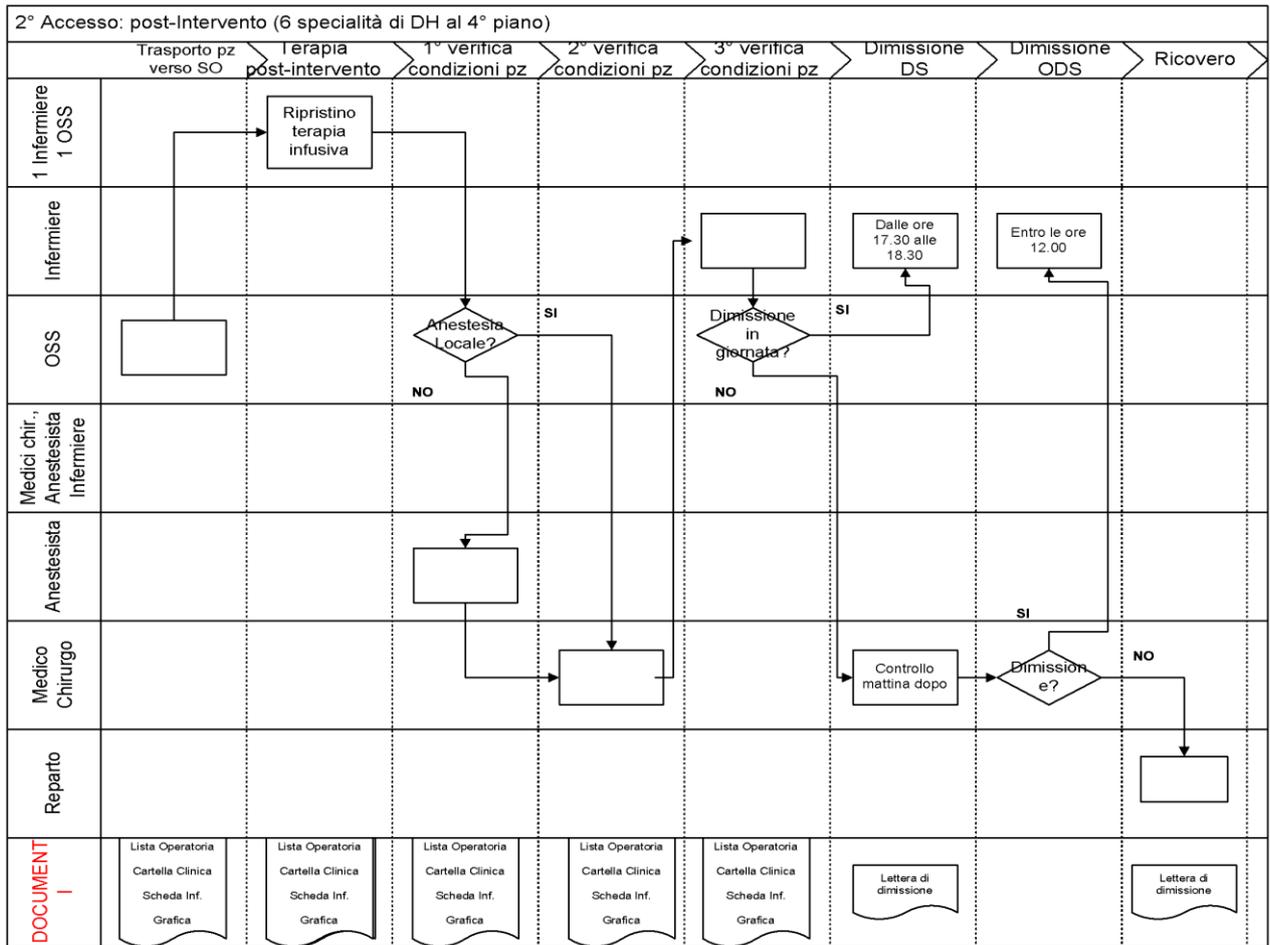
12. 3° verifica delle condizioni del paziente (infermiere).

L'infermiere che ha in carico il paziente lo invita a rivestirsi e toglie l'ago canula.

13. Dimissione.

La lettera di dimissione (o lettera di consegna) è il documento definitivo per la dimissione di un paziente, ed è steso dal medico della rispettiva specialità. Viene consegnata al paziente dall'infermiere che ne spiega i vari contenuti.

È un importante documento da far consultare al medico di base che dovrà seguire il paziente e garantire la continuità assistenziale al paziente.



Flow chart 3.5_2° Accesso: Post-intervento.

Conclusioni

Lo studio condotto sulla Day Surgery presso l'Ospedale di Negrar ha portato alla luce due importanti aspetti.

Il primo: l'introduzione di questa forma d'organizzazione sanitaria ha permesso di ridurre notevolmente i tempi di degenza, garantendo allo stesso tempo una buona continuità assistenziale con notevole riduzione dei costi per l'azienda sanitaria.

Il secondo: l'introduzione della Day Surgery ha permesso l'attuazione di una riorganizzazione delle attività e delle risorse impiegate precedentemente esistenti.

I vantaggi che presenta l'introduzione e lo sviluppo di tale organizzazione non si limitano ai soli aspetti appena citati ma possono essere così descritti:

- Riduzione di costi di erogazione del servizio;
- Riduzione del disagio del paziente;
- Buona predisposizione da parte del paziente che può tornare a casa in meno tempo;
- Riduzione dei tempi d'attesa;
- Bassa incidenza di complicanze;
- Incremento di indicazioni e dei casi trattati;
- Riduzione dei ricoveri ordinari nelle Strutture Complesse;
- Uso di tecniche anestesologiche sempre meno invasive con recupero rapido della mobilità, così da poter dimettere prima il paziente.

L'analisi può inoltre essere utile per successivi sviluppi:

-una riorganizzazione interna all'Azienda volta alla riallocazione ed ad un uso più efficace di risorse umane, tecnologiche e strutturali;

-uno sviluppo di un modello matematico basato su un conteggio della durata delle attività svolte nel reparto e nelle sale operatorie volto all'ottimizzazione delle risorse con la minimizzazione dei tempi.

Bibliografia

Atto Aziendale ULSS 22 Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria versione 2011.

A.M. Luongo, R. Facco, M.E. D'Alfonso, F. Celani, A. Cambieri, 2007, "I grandi reparti operatori: sfide organizzative", L'Ospedale, n°4 Ottobre-Dicembre, pg 34-40.

G. Bensa, A. Prenestini, S. Villa, 2008, "La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve del cambiamento".

"L'aziendalizzazione della sanità in Italia", Rapporto OASI 2008, CERGAS, Egea, Milano.

D. Celi, S. Canuti, 2000, "manuale di Day Surgery", Francisci Editori.

D. D'Alessandro, M. Carlucci, 1997, "Il controllo dell'inquinamento ambientale in sala operatoria", L'Ospedale, Società Editrice Universo, Roma (II edizione), pg. 408-424.

DGR 2883/2003 "Aggiornamento al Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

DGR 4450 del 28 dicembre 2006, "Attività erogabili in regime di ricovero diurno" (e allegato A).

DGR 3734 del 20 novembre 2007, "Erogazione interventi ernia inguinale e femorale".

E. Guzzanti, I. Mastrobuono, "La Day Surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le proposte di sviluppo", FINALE 2006/day surgery/rivista versione del 30 Agosto 2006.

www.arssveneto.it

www.daysurgeryitalia.it

www.ministerosalute.it

www.regione.veneto.it

www.sacrocuoredoncalabria.it