

Gestione del paziente in chirurgia ambulatoriale

L. Tran, A. Theissen, M. Raucoules-Aimé

Alternativa all'ospedalizzazione detta tradizionale, che richiede una sistemazione alberghiera, la chirurgia ambulatoriale permette al paziente di tornare al domicilio lo stesso giorno del ricovero (attualmente il soggiorno deve essere inferiore a 12 ore) dopo essere stato sottoposto a un intervento chirurgico in una struttura operatoria. La chirurgia ambulatoriale è stata oggetto dal 1992 di una precisa regolamentazione. Questa modalità di gestione è ritenuta vantaggiosa in termini di organizzazione del sistema di cure, di qualità delle cure e di soddisfazione dei pazienti ed è fonte di riduzione del costo delle cure. I criteri di selezione dei pazienti per la chirurgia ambulatoriale sono di ordine medico, psicosociale e ambientale. La maggior parte delle patologie non controindica più il trattamento ambulatoriale. Alcune devono, tuttavia, essere discusse secondo la gravità della patologia, tenuto conto dei rischi potenziali associati: obesità patologica, sindrome da apnea del sonno, coronaropatia evolutiva, insufficienza renale e così via. Sembra che l'influenza dell'età sull'evoluzione postoperatoria sia significativa solo per l'età avanzata. Il rischio di ospedalizzazione non prevista è maggiore in questa popolazione; occorre tenerne conto al momento della programmazione della procedura e informarne il paziente e la sua famiglia. La premedicazione farmacologica non è sistematica in chirurgia ambulatoriale ed è riservata ai pazienti ansiosi. La migliore premedicazione consiste nel dialogo al momento della consulenza anestesologica e nella qualità dell'accoglienza. Anche se l'anestesia locoregionale (ALR) è in piena espansione, l'anestesia generale rappresenta quasi il 55% delle anestesie praticate in chirurgia ambulatoriale. La somministrazione contemporanea di anestetici locali (AL), in infiltrazione o mediante blocco periferico, ha l'obiettivo di ridurre la morbimortalità perioperatoria e il tempo trascorso in sala di sorveglianza postintervento (SMPC). Il vantaggio dell'uso dei morfiniti durante l'anestesia ambulatoriale deve essere sempre ponderato, tenuto conto degli effetti collaterali (nausea, vomito, sonnolenza) che possono ritardare la dimissione del paziente. Se l'anestesista-rianimatore realizza una sedazione, questa deve avvenire nelle condizioni del decreto 94-1050 del 5 dicembre 1994, relativo alle condizioni tecniche di funzionamento dello stabilimento sanitario per quanto riguarda la pratica dell'anestesia. L'ALR, anche se ancora sottoutilizzata, presenta numerosi vantaggi in chirurgia ambulatoriale. Essa consente la riduzione delle nausee e dei vomiti postoperatori (NVPO), una riduzione dei costi e un'analgesia postoperatoria efficace. Il posizionamento di un catetere a livello della ferita chirurgica, di un plesso e del tragitto di un nervo o di un'articolazione riduce il dolore postoperatorio. Per l'autorizzazione al ritorno a domicilio, il punteggio più diffuso è il Post-anaesthesia Discharge Scoring System (PADSS) o il Modified PADSS, associato, nella pratica francese, alle raccomandazioni di Korttila. La necessità di bere e urinare prima della dimissione non è indispensabile al di fuori di chirurgie o pazienti a rischio. Il tasso di complicanze in chirurgia ambulatoriale è molto basso. Le ospedalizzazioni non programmate sono comprese tra lo 0,26% e il 2,6% a seconda delle équipe e a seconda della chirurgia eseguita. In ginecologia, soprattutto dopo laparoscopia, e in urologia si riscontra la più alta percentuale di ricoveri non programmati. Si tratta essenzialmente di sanguinamenti o dolori non gestibili a domicilio.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Chirurgia ambulatoriale; Anestesia; Circuiti; Flusso; Indicatori di qualità; Dolori; Nausea e vomito; Regolamentazione

Struttura dell'articolo

■ Contesto e definizioni	2	■ Aspetti organizzativi	3
■ Quadro normativo, organizzazione, funzionamento e responsabilità	2	Gestione dei flussi	3
Quadro normativo	2	Organizzazione architettonica e funzionale	5
Introduzione di incentivi	3	■ Criteri di idoneità e valutazione preoperatoria	6
Organizzazione, funzionamento e responsabilità	3	Procedure praticabili ambulatorialmente	6
		Pazienti che possono beneficiare di una gestione ambulatoriale	6
		Valutazione della fattibilità della procedura chirurgica ambulatorialmente e organizzazione della sostituzione tra chirurgia convenzionale e chirurgia ambulatoriale	9

■ Gestione perioperatoria	9
Consulenza anestesiológica	9
Digiuno preoperatorio	9
Visita preanestesia	9
Premedicazione	10
Anticipazione delle principali complicanze postoperatorie	10
Anestesia	10
■ Risveglio, criteri di idoneità alla dimissione, ritorno a domicilio	12
Quadro normativo	12
Punteggi di risveglio	13
Punteggi di idoneità alla strada	13
Procedure accelerate in chirurgia ambulatoriale (<i>fast-tracking</i>)	13
Anestesia locoregionale e ritorno a domicilio	14
■ Gestione del dolore e delle nausee e dei vomiti postoperatori	14
Gestione del dolore	14
Gestione delle NVPO	15
■ Motivi di riospedalizzazione e complicanze in chirurgia ambulatoriale	15
■ Assicurazione di qualità e gestione dei rischi	15
Chiamate nei giorni prima dell'intervento e il giorno dopo	15
Programmazione e verifica delle cartelle	16
Qualità e gestione dei rischi	16
■ Conclusioni	16

■ Contesto e definizioni

Con il termine ambulatoriale può essere definita ogni gestione medica, organizzativa e amministrativa che permette al paziente di lasciare lo stesso giorno la struttura in cui è stato eseguito il gesto ambulatoriale (durata del soggiorno del paziente nell'unità inferiore o uguale a 12 ore). Può trattarsi del ritorno al luogo di domicilio abituale o in un luogo di residenza temporaneo, come una struttura medicalizzata o presso un parente. In Francia, la chirurgia ambulatoriale è definita come una chirurgia qualificata, vale a dire una "vera" chirurgia che richiede la sicurezza di un blocco operatorio. La chirurgia ambulatoriale sostituisce una gestione abitualmente svolta in ricovero tradizionale. Le procedure mediche (gesti esplorativi, endoscopie) e chirurgiche (cure esterne) che non richiedono, per la loro realizzazione, un settore operatorio o un'anestesia in senso regolamentare non fanno, quindi, parte di questa chirurgia qualificata. Se, tuttavia, alcuni trattamenti esterni sono realizzati nel quadro di un'Unità di Chirurgia Ambulatoriale (UCA), non si applicano la regolamentazione (sicurezza, organizzazione), l'allocatione delle risorse in materia di prezzi o la tariffazione relativa alla chirurgia ambulatoriale. Le operazioni o le procedure eseguite ambulatorialmente sono programmate. Tuttavia, opportunamente selezionati e a condizione di non perturbare l'organizzazione e la pianificazione messe in atto, anche degli interventi chirurgici urgenti, compresi quelli traumatologici, possono essere gestiti in UCA. La chirurgia ambulatoriale è un processo organizzativo e deve essere distinta dalla riabilitazione rapida postchirurgica (RRPC), o migliorata postchirurgica (RMPC), che è più un processo professionale destinato a ridurre l'aggressione chirurgica e a migliorare i postumi di qualsiasi intervento chirurgico. Attualmente, quasi un soggiorno chirurgico su due è realizzato ambulatorialmente ^[1], essenzialmente nella fascia d'età 18-64 anni (64%), con un'incidenza più elevata dopo i 65 anni ^[2], il che lascia ancora un margine significativo di progresso. Lo sviluppo della chirurgia ambulatoriale (CA) si inserisce, ora, nel quadro più ampio della "conversione ambulatoriale", asse principale medicochirurgico della strategia nazionale di salute e del progetto di legge di modernizzazione del sistema sanitario. Sulla base delle raccomandazioni del rapporto elaborato dall'Ispettorato Generale per gli Affari Sociali (IGAS) e dall'Ispettorato Generale delle Finanze (IGF) sul tema "prospettive di sviluppo della chirurgia ambulatoriale in Francia", pubblicato nel gennaio 2015 ^[3], il ministero ha definito gli orientamenti strategici del programma nazionale di chirurgia ambulatoriale per gli anni 2015-2020. Il programma nazionale di sviluppo della chirur-

gia ambulatoriale ha l'obiettivo di raggiungere un tasso del 66,2% nel 2020 (istruzioni DGOS/R3//2015/296 del 28 settembre 2015) e di raggiungere a termine i tassi dei principali paesi industrializzati, prossimi all'80% (il che rappresenterebbe, attualmente, sei milioni di anestesie in modalità ambulatoriale in Francia).

La chirurgia ambulatoriale si distingue dalle chirurgie dette:

- *extended recovery* dette anche *23 ore*, *overnight stay* e *single night*, ossia "23 ore" o "pernottamento";
- *short stay*, ossia chirurgia con un ricovero da 24 a 72 ore, che fa riferimento al concetto di RRPC. Al di là della definizione rigorosa, la chirurgia ambulatoriale è, prima di tutto, un concetto organizzativo. Come è spesso ricordato dall'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS): "L'organizzazione è al centro del concetto, mentre il paziente è al centro dell'organizzazione" ^[4,5].

L'UCA è definita come uno o più locali di uno stabilimento pubblico o privato, o di un centro autonomo, destinati ai pazienti trattati in chirurgia ambulatoriale. Le strutture che praticano la chirurgia ambulatoriale sono soggette a un'autorizzazione e a una regolamentazione (cfr. infra).

“ Punto importante

Non esiste una definizione francese di chirurgia ambulatoriale se non per le sue condizioni tecniche di funzionamento (durata di gestione ≤ 12 ore, senza pernottamento, chirurgia sostitutiva, organizzazione specifica, organizzazione che permette di ridurre al minimo gli spostamenti dei pazienti).

■ Quadro normativo, organizzazione, funzionamento e responsabilità

Quadro normativo

La legge n 91-748 del 31 luglio 1991 relativa alla riforma ospedaliera ha introdotto la chirurgia ambulatoriale come struttura di cura alternativa all'ospedalizzazione.

L'articolo R. 712-2-1 del Codice della sanità pubblica (CSP) (derivato dal decreto 92-1101 del 2 ottobre 1992) definisce le strutture di cure alternative al ricovero: "Le strutture di cure alternative al ricovero (...) hanno l'obiettivo di evitare un ricovero a tempo pieno o di ridurre la durata (...). Esse comprendono (...) le strutture che praticano l'anestesia o la chirurgia ambulatoriali (...). Le strutture che praticano l'anestesia o la chirurgia ambulatoriale permettono di realizzare, in condizioni che permettono al paziente di tornare al domicilio lo stesso giorno, delle procedure mediche o chirurgiche che richiedono un'anestesia o il ricorso a un blocco operatorio. (...)».

La conferenza di consenso del marzo 1993 ha fornito ulteriori elementi: "Per chirurgia senza ricovero, più comunemente chiamata day surgery o chirurgia ambulatoriale, si intendono i gesti chirurgici e/o diagnostici, programmati e realizzati nelle condizioni tecniche che richiedono imperativamente la sicurezza di un blocco operatorio, sotto un'anestesia di modalità variabile e seguiti da un monitoraggio postoperatorio prolungato che permetta, senza aumento del rischio, la dimissione del paziente il giorno stesso del suo intervento».

Il decreto di semplificazione amministrativa del 2003 ha soppresso la carta sanitaria e i freni allo sviluppo della chirurgia ambulatoriale costituiti dalle quote di attività e dai tassi di cambio (tra luoghi di chirurgia ambulatoriale e letti chirurgici). Ormai, l'autorizzazione si riferisce all'attività chirurgica (tradizionale e ambulatoriale) ed è accompagnata dalla definizione di obiettivi quantificati. Questi obiettivi quantificati, allegati al piano regionale di organizzazione delle cure (PROC) sono elaborati per

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617178>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617178>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)