

ONE DAY SURGERY E CHIRURGIA AMBULATORIALE



PRESENTAZIONE

I mutamenti demografici, sociali e dei sistemi sanitari che stanno coinvolgendo tutti i paesi maggiormente sviluppati, impongono continui adeguamenti dei modelli organizzativi e forti ripensamenti nella filosofia aziendale adottata dalle istituzioni preposte all'erogazione dei servizi in genere e di quelli sanitari in particolare. L'aumento progressivo della popolazione anziana, e la riduzione della natalità, ha determinato anche una sensibile trasformazione delle malattie prevalenti ed è contestualmente cambiato l'approccio diagnostico e terapeutico delle stesse. Ciò è dovuto ovviamente anche alla repentina costante e straordinaria evoluzione dei mezzi di cui oggi si dispone sia nell'ambito diagnostico che terapeutico. È inoltre cambiata in tutti i paesi occidentali da tempo ed ora anche in Italia, la considerazione data al problema dei costi: fortemente aumentati per la diffusione di macchine e strumenti sofisticatissimi a fronte di una sostanziale stabilità delle risorse disponibili.

Questi motivi, e numerosi altri ancora hanno portato quasi tutti i paesi a ridurre sensibilmente il numero dei posti letto in ospedale e ad incentivare invece servizi alternativi al ricovero quali i day hospital, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare, ed infine la ONE DAY SURGERY.

Questo modello organizzativo ed assistenziale permette di razionalizzare l'afflusso in camera operatoria, differenziando i pazienti portatori di patologie trattabili senza la necessità di rimanere in ospedale più di un solo giorno da quelli che per complessità e tipologia, sono invece portatori di malattie la cui cura prevede un protrarsi delle giornate di degenza. I vantaggi sono ovviamente numerosi: riduzione della lista di attesa; riduzione delle inutili lunghe degenze in ospedale per chi non ha alcuna necessità; riduzione sensibile dei costi (sia diretti che indiretti); riduzione del rischio di contrarre infezioni nosocomiali; riduzione dello stress da parte di pazienti e familiari.

Gli infermieri giocano in tutto questo un ruolo fondamentale.

Trattandosi soprattutto del cambiamento di un modello organizzativo l'infermiere dirigente e il caposala hanno una particolare competenza nella organizzazione del servizio che a seconda della sua collocazione che può essere in «ospedali» con unità di degenza dedicate o ad unità autonome in «case di cura» o in «unità di cura» private autorizzate.

Il Collegio IPASVI di Roma, con l'organizzazione di un corso convegno su questo tema, ha voluto sollecitare l'attenzione degli infermieri su questa nuova tipologia operativa che sicuramente avrà un forte sviluppo nel futuro prossimo.

Tale corso si è potuto realizzare anche grazie alla preziosa partecipazione del Prof M. Carboni e al proficuo lavoro dei suoi collaboratori ai quali rivolgo un sentito ringraziamento.

Gennaro ROCCO
Presidente Collegio IPASVI Roma

INTRODUZIONE

La One Day Surgery e la Chirurgia Ambulatoriale sono stati sempre al centro della nostra ricerca ed attività clinica e senza ambizione posso affermare che la nostra scuola è stata antesignana nel dare impulso a questo I nuovo modello assistenziale in ambito chirurgico. Abbiamo quindi condiviso con gli Infermieri Professionali dell'IPASVI il progetto ambizioso di creare e diffondere questo tipo di chirurgia, visto anche il successo del 1° Corso di Aggiornamento sull'Endoscopia e Colonproctologia dell'anno scorso e visto soprattutto il ruolo fondamentale da loro svolto all'interno di questo progetto. La collaborazione con l'IPASVI si è dimostrata valida, sempre più proficua e ricca di iniziative didattiche ed organizzative: all'interno infatti della Settimana di Chirurgia Eurosurgery, organizzata dalla Società Italiana di Chirurgia, abbiamo dato vita ad altri due corsi di Aggiornamento, di cui uno dedicato esclusivamente alla One Day Surgery. Il Corso di Aggiornamento di quest'anno tuttavia si è avvalso di una formula didattica ancora più sofisticata e d'avanguardia, a testimonianza dell'importanza che dedichiamo alla didattica degli Infermieri Professionali. La diretta dalla sala operatoria di diversi interventi chirurgici ha consentito infatti ai partecipanti di valutare concretamente le diverse tecniche chirurgiche, di dialogare direttamente con gli operatori chirurgici, permettendo di sviscerare in modo più concreto le problematiche clinico-assistenziali della gestione dei pazienti. Gli atti del convegno sono stati elaborati anche in forma di video rappresentando un momento di crescita che rimane e rimarrà a disposizione di tutti gli operatori del settore. La partecipazione congressuale ed editoriale della Dottoressa Isabella Mastrobuono dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, protagonista della diffusione della One Day Surgery nel nostro paese, rappresenta un'ulteriore testimonianza del nostro sforzo didattico e del prestigio di questo volume. Ritengo tuttavia che ancora molto sia da realizzare per una corretta introduzione ed applicazione clinica della One Day Surgery nel nostro paese e mi riferisco in particolare all'assistenza domiciliare integrata, alle linee guida delle varie specialistiche chirurgiche, dell'iter didattico e formativo e, non ultimo della retribuzione economica del personale specialistico coinvolto. Tutto questo investe in prima persona il moderno infermiere ed è per questo motivo che abbiamo deciso di iniziare e proseguire questo

cammino di crescita insieme con l'IPASVI al fine di raggiungere obiettivi sempre più prestigiosi e d'avanguardia.

Manlio Carboni

Direttore Divisione di Chirurgia Generale
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

INTRODUZIONE

Il 2° Corso di Aggiornamento per Infermieri Professionali One Day Surgery Chirurgia Ambulatoriale-Videoforum ha visto la partecipazione di 300 Infermieri professionali provenienti da tutto il territorio nazionale. Il Corso di Aggiornamento ha fatto il punto su tutti gli aspetti più moderni della Chirurgia Ambulatoriale e One Day Surgery cercando di alimentare la discussione e fissare quelli che sono gli aspetti che ancora devono essere approfonditi da parte degli organi ministeriali competenti. La formula didattica utilizzata è stata moderna e coinvolgente. Il Corso ha posto l'Infermiere Professionale all'interno della camera operatoria mediante la realizzazione di tre interventi chirurgici in diretta nell'Aula Congressuale. Questo ha favorito la discussione sulle tecniche chirurgiche, sulle modalità di intervento, sulla preparazione e sulla gestione del paziente in fase sia pre, intra e postoperatoria. Gli Infermieri Professionali hanno dimostrato ancora una volta una presenza quantitativamente e qualitativamente importante dimostrando una sete di cultura e di aggiornamento che nasce da un lato dalla passione professionale e dall'attenzione e curiosità scientifica, ma dall'altro dalla carenza di corsi di Aggiornamento specifici che vedano i diversi elementi cursori del sistema sanitario realmente affianco nella discussione dei problemi. Nello stesso tempo il Corso ha sancito la necessità di dare vita a protocolli specifici di assistenza che prevedano la modulistica per i diversi pazienti e le specifiche patologie, la corretta remunerazione economica dell'Infermiere Professionale specializzato in Day Surgery, il controllo di qualità delle prestazioni erogate. Ancora una volta la nostra iniziativa ha decisamente contribuito al miglioramento del rapporto medico-infermiere e ad una più compiuta definizione del ruolo dell'infermiere professionale all'interno di un moderno dipartimento di One Day Surgery e di Chirurgia Ambulatoriale. Il cammino da effettuare risulta ancora lungo e complesso, tuttavia il successo della nostra iniziativa dimostra chiaramente che i presupposti essenziali per il loro raggiungimento ci siano tutti.

Fabio Gaj, Antonello Trecca, Ausilia Pulimeno

LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEL CONTESTO DI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SVILUPPO IN CHIRURGIA

ISABELLA MASTROBUONO

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Il Sistema Sanitario Nazionale sta attraversando un momento di grandi trasformazioni alla luce delle innovazioni introdotte dalla legge 502/92, e sue successive modifiche ed integrazioni.

Si tratta, quindi, di avviare una intensa opera di riorganizzazione dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare, nell'ambito della rete ospedaliera, di quelli chirurgici attraverso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi che consentano l'erogazione di servizi efficaci e di qualità, come di fatto si è verificato e si sta verificando prevalentemente nei Paesi occidentali.

La necessità di riorganizzare il settore chirurgico nasce, infatti, quale risposta alle tendenze comuni che caratterizzano tutti i sistemi di assistenza sanitaria dei principali Paesi industrializzati, in particolare quelli europei, e che contribuiscono al continuo elevarsi dei costi dei servizi sanitari. Tali tendenze sono:

- l'invecchiamento delle popolazioni;
- le modificazioni dei quadri morbosi e della loro evoluzione;
- le innovazioni diagnostiche e di trattamento;
- il progressivo affermarsi delle specializzazioni e delle subspecializzazioni;
- le crescenti attese da parte dei cittadini.

Particolare attenzione deve essere dedicata all'invecchiamento, in quanto tale fenomeno è destinato ad influenzare le trasformazioni in corso in tutti i sistemi sanitari occidentali e contribuirà, a realizzare un forte incremento della domanda di servizi.

Di pari passo a tali trasformazioni demografiche ed alle innovazioni diagnostiche e di trattamento, si è verificata, in tutto il mondo, una marcata riduzione del numero di posti letto per acuti, mentre si è avuto un incremento delle prestazioni ambulatoriali di day hospital, della

assistenza chirurgica a ciclo diurno e della ospedalizzazione a domicilio.

L'assistenza chirurgica a ciclo diurno, variamente definita a livello internazionale (Ambulatory surgery, One day surgery, In and Out surgery, etc.) comprende, in realtà modelli organizzativi diversi che consentono di razionalizzare l'attività, diversificando il flusso dei pazienti, al fine di risolvere uno dei problemi più importanti in questo settore e cioè la prolungata degenza anche per interventi chirurgici meno complessi. La causa principale di tale fenomeno è da ricercare, infatti, sia nella contemporanea presenza nei reparti di pazienti affetti da patologie maggiori e minori, sia nell'utilizzo delle medesime procedure di ammissione e dimissione per i due gruppi.

Si tratta, quindi, di adottare, in ambito chirurgico, modelli organizzativi alternativi a quelli tradizionali, affinché le strutture sanitarie possano soddisfare la crescente domanda di servizi garantendo la qualità degli stessi e, contemporaneamente, promuovendone l'efficacia.

L'assistenza chirurgica a ciclo diurno comprende due modelli organizzativi: la chirurgia ambulatoriale e la day surgery (chirurgia di giorno).

L'introduzione di questi termini consente la distinzione tra quegli interventi che, per la loro natura e complessità, possono essere effettuati in regime davvero ambulatoriale e gli interventi e/o procedure che, invece, richiedono un ricovero che si esaurisce entro le 24 ore, con una sorveglianza clinica ed una organizzazione specifica all'interno di strutture per le quali siano definite norme e caratteristiche.

Ciò premesso, con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero in studi medici, ambulatori od ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia. Con il termine day surgery (chirurgia di giorno), invece, si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Chirurgia ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali possono essere effettuate, in funzione della loro intrinseca complessità:

- in qualunque ambulatorio che possenga i requisiti richiesti;
- in ambulatori "protetti" e cioè operanti nell'ambito di strutture di ricovero (ospedali e case di cura private).

Si tratta di interventi di facile esecuzione, da condurre in anestesia locale e/o analgesia su pazienti dichiarati idonei ad un trattamento in tali condizioni. E da considerare, infatti, che l'adozione di tale modello assistenziale è comunque subordinata ad una corretta selezione del paziente che tenga conto anche degli aspetti psicologici, logistici e familiari dello stesso. A tali aspetti si farà più specifico riferimento nella descrizione del modello assistenziale della day surgery.

Day surgery

L'introduzione di tale modello assistenziale nel contesto dei servizi chirurgici consente di:

- attuare, mediante una adeguata selezione dei pazienti ed una specifica organizzazione, un modello di assistenza chirurgica che risulti di pari efficacia rispetto a quello tradizionale; infatti, le attività effettuate in tale regime assistenziale non debbono essere considerate di importanza minore rispetto a quelle erogate in regime di assistenza chirurgica tradizionale, in quanto debbono garantire gli stessi risultati, vale a dire la stessa qualità, nonché la riduzione del rischio al minimo accettabile per il paziente;
- erogare, di conseguenza, una migliore assistenza a pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative;
- ridurre, perciò, le liste di attesa;
- facilitare i pazienti e le loro famiglie da un punto di vista psicologico e sociale;
- razionalizzare, ed in molti casi contenere, il costo dell'assistenza chirurgica.

Nel dare avvio a tali attività è perciò necessario considerare alcuni importanti aspetti che saranno di seguito descritti.

A) La day surgery deve prevedere una corretta selezione dei pazienti che tenga conto delle condizioni generali di quest'ultimo, dell'età e dei fattori logistici e familiari. Per quanto riguarda le condizioni generali è

adottata ovunque nel mondo la distinzione in 5 classi dell'American Society of Anesthesiology (A.S.A.), mentre, per l'età, il limite superiore a 65-70 anni non è assoluto ma da porre in relazione sia allo stato generale del paziente sia ai progressi conseguiti all'introduzione di nuovi farmaci anestesiológicos e all'utilizzo di anestesia locale, che stanno conducendo ad una progressiva elevazione del limite stesso. Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che la residenza del paziente non sia lontana dalla struttura dove è stato eseguito l'intervento, oppure che il tempo di percorrenza sia compreso entro un'ora di viaggio.

Di grande importanza appare, inoltre, la valutazione dei fattori familiari e psicosociali dai quali, anche in presenza di tutti gli altri requisiti, un paziente non può essere considerato idoneo al trattamento in day surgery (tossicodipendenti, soggetti affetti da patologie psichiatriche).

B) La day surgery è un modello assistenziale che comporta un diverso assetto organizzativo con sviluppi sulla funzione, sulla gestione e sull'economia di grande rilevanza e complessità per le strutture nelle quali è avviata, e questo soprattutto per il fatto che le attività in tale regime sono da considerare aggiuntive rispetto a quelle tradizionalmente svolte nei reparti chirurgici. Tali sviluppi sono in grado di influire significativamente sia sull'allocazione delle risorse umane e strumentali intraospedaliere sia sulle attività dei servizi extraospedalieri.

C) La day surgery incrementa e migliora la complessiva attività chirurgica della struttura nella quale è effettuata e per questo deve essere attuata sia nei grandi sia nei piccoli ospedali. Nel caso dei grandi ospedali, l'attività in regime di day surgery può essere più convenientemente svolta nel contesto di Unità dedicate, funzionalmente collegate alla struttura principale ma autonome da un punto di vista amministrativo, organizzativo, gestionale ed economico, ma essa può essere svolta anche in reparti dedicati oppure in letti dedicati

D) La day surgery deve essere svolta da personale medico ed infermieristico esperto, al quale è richiesto un maggiore impegno per garantire risultati esaurienti in termini di minori complicanze e soddisfacimento delle attese dei pazienti.

In particolare, risulta importante definire la preparazione dell'infermiere sia da un punto di vista clinico che organizzativo, attraverso programmi di formazione ed aggiornamento rivolti sia agli infermieri che afferiscono alle scuole specifiche ed ai corsi di laurea sia agli infermieri che già lavorano presso le diverse istituzioni pubbliche e private.

Nel caso specifico della day surgery, la formazione e l'aggiornamento dovranno associare gli aspetti tecnico-professionali a quelli manageriali in quanto rivolti a figure professionali che ricoprono ruoli decisionali. La formazione e l'aggiornamento, infatti, sono settori dell'insegnamento per definizione interdisciplinari nei quali dovranno confluire non solamente le discipline tecniche specifiche ma anche quelle rivolte all'organizzazione dei servizi ed alla loro gestione amministrativa e finanziaria. Per le ragioni su esposte, i formatori dovranno rispondere a specifici requisiti di professionalità e potranno essere ricercati tra:

- docenti delle scuole di specializzazione in chirurgia,
- personale medico ed infermieristico operante nelle strutture del servizio sanitario nazionale,
- 3. personale con comprovata esperienza nel settore.

Per quanto riguarda le modalità di svolgimento della formazione infermieristica, essa può svilupparsi nelle relative scuole in corsi della durata di un anno inseriti nel piano di studi del relativo corso, mentre l'aggiornamento del personale già operante in strutture ospedaliere può svilupparsi sotto forma di seminari intensivi, dedicando un giorno alla settimana a ciascun seminario per 6 settimane.

Le sedi della formazione e dell'aggiornamento possono essere individuate nelle Università, nelle strutture del SSN, oppure in sedi e centri di formazione specializzati. L'Università, in particolare, è la sede di formazione e di sviluppo di una specifica cultura in day surgery sia attraverso l'istituzione di nuovi corsi, che la razionalizzazione e l'innovazione degli insegnamenti già attivati.

Le strutture del servizio sanitario nazionale, invece comprendono le Unità di degenza nelle quali la day surgery sia di fatto operante. Altre sedi sono i centri di formazione specializzati, pubblici e privati (purché se ne possano controllare e verificare i risultati).

In conclusione, in tutti i Paesi occidentali si sta verificando un incremento della domanda di servizi assistenziali, ed in particolare di quelli chirurgici, quale conseguenza dell'invecchiamento delle

popolazioni e del miglioramento delle tecnologie mediche a disposizione. Si impone, quindi, una diversificazione del flusso dei pazienti chirurgici che consenta, attraverso la razionalizzazione dell'attività di chirurgia ospedaliera, di migliorare i servizi erogati sia ai pazienti affetti da patologia chirurgica meno complessa sia ai pazienti più gravi e maggiormente bisognosi di cure.

La day surgery è un modello assistenziale ed organizzativo che ben si adatta a tale necessità, consentendo il trattamento di pazienti, opportunamente selezionati, secondo un regime che prevede un più alto indice di rotazione dei malati. I posti letto per acuti che si rendono così disponibili possono essere utilizzati per accogliere pazienti gravi e complessi ai quali fornire una migliore assistenza.

L'impegno sostenuto dai diversi Paesi europei per diffondere tale modello assistenziale potrebbe, però, risultare vano se non saranno avviate serie politiche di formazione ed aggiornamento di tutti coloro che operano nell'ambito dei servizi sanitari e soprattutto del personale medico ed infermieristico ospedaliero. Contemporaneamente, sarà necessario informare il grande pubblico del fatto che tale modello assistenziale viene adottato non solo per razionalizzare e contenere la spesa ma per fornire una migliore risposta ai loro crescenti bisogni in termini di riduzione delle liste di attesa e di supporto anche psicologico e sociale.

ACCETTAZIONE E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE IN CHIRURGIA AMBULATORIALE E DAY SURGERY

F. BLASI*, A. SAPONARO**

L'accettazione e la preparazione del paziente in chirurgia ambulatoriale e day surgery sono fasi determinanti per il buon funzionamento della struttura e per l'esito dell'intervento. L'assenza di un periodo di ricovero pre-operatorio rende necessaria la organizzazione e realizzazione di una articolata serie di procedure in cui il paziente ha un ruolo attivo responsabile, rispetto alla sostanziale passività che gli é consentita nel ricovero tradizionale. Tali procedure riguardano, ad esempio, le condotte igieniche, alimentari e fisiologiche, e l'adempimento degli esami diagnostici.

L'équipe medico-infermieristica deve quindi fornire al paziente le indicazioni precise per ottenere un accurato inquadramento diagnostico medico-chirurgico; successivamente, in caso di confermata indicazione all'intervento, deve fornire le informazioni e pre iscrizioni preparatorie secondo modalità tali da garantirne la corretta e completa esecuzione. Inoltre, l'équipe deve compire una valutazione psicologica del paziente che ne misuri atteggiamenti e abilità gestionali nella specifica situazione stressante costituita dall'intervento, in maniera tale da garantire un approccio "globale" e individualizzato favorente la compliance (Trenti, 1994).

Un dato comune degli studi misuranti la soddisfazione dei pazienti nella day surgery é proprio la qualità dell'informazione ricevuta da parte dell'équipe, sia in termini di contenuti che di forma (Fenton-Lee et al., 1994), con particolare riguardo alle condotte da tenere nel postoperatorio (Mamie & Forster, 1992, Ghosh & Sallam, 1994). La messa in atto ottimale delle procedure suddette é il presupposto per uno svolgimento semplificato, fluido ed accurato delle attività perioperatorie, fondamentale nel rapido turn over di questo tipo di chirurgia. É quindi indispensabile una adeguata formazione dell'équipe, che per il personale infermieristico é stata valutata in tre anni di attività nel blocco operatorio con partecipazione a corsi specifici di formazione (Berta, Mingazzini, Boati et al., 1996).

L'insieme delle procedure sequenziali ed articolate che portano il paziente all'intervento è schematizzato nelle linee generali nella tabella n. 1.

Un aspetto problematico riguarda l'opportunità o meno della distinzione tra équipe infermieristica di preospedalizzazione ed équipe infermieristica di sala operatoria ed accettazione (Massa, Guido, Barone et al., 1996). A nostro avviso, l'autonomia organizzativa del servizio di accettazione può certamente favorirne la velocità operativa; ma, d'altro canto, la delicatezza di questa fase non può consentirne la riduzione ad aspetti "di segreteria". Una soluzione possibile sarebbe, allora, la presenza di infermieri con funzione di cerniera, che prendano in carico il paziente attraverso tutto l'iter di cura, anche ai fini strettamente relazionali e di compliance.

* Infermiera professionale - IFO - IRE - Roma

** Psichiatra - Cattedra di Igiene mentale - Università La Sapienza - Roma.

LA PRE-ACCETTAZIONE

Si suddivide in a) fase diagnostica e b) fase di preparazione in pre-accettazione.

a) Fase diagnostica

In questa fase va attuata, sin dalla prima visita, una accurata selezione dei pazienti, onde evitare inutili sovraccarichi nella fase successiva. Le procedure in cui si articola sono:

1. L'indagine chirurgica e la prescrizione degli esami.

Raccolta dell'anamnesi medica con esame obiettivo del paziente; prescrizione degli esami laboratoristici e strumentali atti a valutare le condizioni generali del paziente e la classe di rischio anestesiológico, secondo la classificazione ASA (American Society of Anaesthesiology). L'infermiere collabora con il medico nella stesura del piano diagnostico e nella sua programmazione.

Tabella 1: Fasi e procedure pre-operatorie in chirurgia ambulatoriale e day surgery

<p>PRE-ACCETTAZIONE</p> <p>Fase condotta da chirurgo e infermiere con formazione specifica in chirurgia ambulatoriale e day surgery, che inizia con il primo contatto con il paziente. Si compone di 5 gruppi procedurali distinti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indagine chirurgica 2. Indagine psicologica 3. Prescrizione e programmazione degli esami strumentali e di laboratorio <p>La valutazione del complesso di dati raccolti conduce all'eventuale programmazione di intervento in day surgery o chirurgia ambulatoriale, e quindi alle procedure di preparazione pre-accettazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Preparazione fisica all'intervento 5. Preparazione informativa e psicologica all'intervento
<p>ACCETTAZIONE</p> <p>Fase condotta da personale infermieristico specificamente formato in day surgery e chirurgia ambulatoriale Si compone di 3 gruppi procedurali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espletamento procedure burocratiche 2. Raccolta esami e indagini da sottoporre ad anestesista e chirurgo 3. Firma consenso informato
<p>PREPARAZIONE</p> <p>Fase condotta da personale infermieristico specificamente formato in day surgery e chirurgia ambulatoriale Si compone di 2 gruppi procedurali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparazione psicologica 2. Preparazione fisica

2. Indagine psicologica.

La brevità dei tempi di contatto con l'équipe e la mancanza di un periodo di ricovero pre-operatorio possono rendere difficile l'ambientazione e adattamento del paziente. Di qui l'importanza di un inquadramento sociopsicologico del paziente con particolare riguardo alla definizione delle possibilità assistenziali fornibili dal suo ambiente; alla definizione delle sue caratteristiche di personalità e strategie di difesa/adattamento agli eventi stressanti; alle condotte e vissuti riferiti ad eventuali interventi precedenti, a carico del paziente e/o di familiari ed altre persone significative; alla presenza di eventuali lutti per cause chirurgiche. Inoltre, è compito dell'infermiere porre attenzione, attraverso la propria sensibilità ed esperienza, allo stile relazionale del paziente nei confronti delle figure curanti. Occorre sottolineare, per comprendere l'importanza della valutazione sociopsicologica, che la scelta di rivolgersi ad un servizio di chirurgia

ambulatoriale o di day surgery può dipendere da motivazioni psicologiche particolari ed anche patologiche quali, ad esempio: la fobia degli ospedali; un carattere ossessivo con rufobia e quindi scarsa adattabilità alla promiscuità del ricovero tradizionale; difficoltà a separarsi dal proprio ambiente come è tipico nella depressione anche lieve; disturbi della personalità con scarso controllo degli impulsi e/o tendenze sociopatiche, mal conciliabili con ambienti ospedalieri tradizionali, con l'obbligo di sottoporsi per molti giorni a regole eteroimposte. Si comprende come tutto ciò possa interferire notevolmente con la compliance pre- e postoperatoria: nei casi più eclatanti (tab. 2), può essere necessaria la consulenza psicologica o psichiatrica, e l'eventuale proscrizione dell'intervento, eventualmente a favore di metodiche chirurgiche tradizionali.

L'uso di metodiche standardizzate e semplificate anche in campo psicologico può facilitare il compito dell'équipe e dell'infermiere; la tab. 3 fornisce una griglia per l'anamnesi psicologico/psichiatrica mirata alla specifica situazione chirurgica, mentre la tab.4 descrive gli elementi fondamentali per la valutazione attuale dello stato psichico, che sarà successivamente ripetuta in fase di accettazione, il giorno dell'intervento.

Il passo finale della fase diagnostica é la valutazione degli accertamenti diagnostici e degli aspetti sociopsicologici, seguita dalla corrispondente preparazione pre-accettazione, che risulterà fortemente individualizzata da un lato, e necessariamente standardizzata dall'altro.

b) Fase di preparazione in pre-accettazione

Anche in questa fase va distinto un aspetto fisico ed un aspetto sociopsicologico.

1. Preparazione fisica

Concerne soprattutto il regime dietetico e le eventuali terapie mediche da osservarsi nei giorni precedenti l'intervento (mucolitici e antiasmatici nei fumatori, diete particolari in diabetici e iperlipidemicici etc) e specificamente il giorno prima: assunzione di lassativo e dieta liquida ipocalorica e priva di scorie; bagno di pulizia; tricotomia e detersione della cute interessata all'incisione chirurgica con sostanze antisettiche del campo operatorio astinenza dal fumo e da bevande alcoliche; digiuno 8-10 ore prima dell'orario di accettazione.

2. Preparazione psicologica

Stabilito che vi è indicazione e possibilità di intervento in regime di chirurgia ambulatoriale o di day surgery, l'infermiere mette in atto un programma informativo individualizzato sulla base delle caratteristiche sociopsicologiche e dei bisogni del singolo paziente. Tuttavia, è possibile per gli aspetti più strettamente tecnici l'attuazione d'una informazione per gruppi diagnostici omogenei, con l'ausilio di videotapes commentate e discusse dall'infermiere specializzato dell'équipe di accettazione, ed illustranti le fasi pre-, intra- e postoperatorie, la struttura del blocco operatorio, i percorsi, la stanza di induzione dell'anestesia, la maschera, i possibili inconvenienti postoperatori (vomito e dolore), le modalità del risveglio. L'utilità di queste metodiche è testimoniata da numerose esperienze, soprattutto in campo pediatrico (Kratz, 1993; Burden, 1994).

Tabella 2: Indicazioni per la consulenza psichiatrica in chirurgia (adattata da Shapiro & Kornfeld, 1987)

Problemi organici complicati da fattori emozionali
Presentazione somatoforme di un disturbo psichiatrico
Autodanneggiamento
Storia di disturbi psichiatrici
Ambivalenza o diniego interferenti con le cure necessarie
Ansia
Delirium/sindromi mentali organiche
Non compliance
Conflitti tra paziente e staff
Disturbi fittizi
Ipocondria
Depressione
Sindromi da dolore psicogeno
Problemi correlati alla morte e al morire

A questo punto, il paziente è pronto per essere ammesso all'intervento; nel giorno stabilito, previa telefonata un giorno prima da parte dell'infermiere che ricorda e controlla le prescrizioni fisiche preparatorie, il paziente viene accettato.

La fase di accettazione consta di 3 gruppi di procedure:

1. L'espletamento delle procedure burocratiche: registrazione dati in cartella e nell'archivio informatizzato, compilazione fogli RAD.
 2. La raccolta degli esami e delle indagini di laboratorio da sottoporre ad anestesista e chirurgo,
 3. La firma dei consensi informati (chirurgico e anestesiologicalo).
- Tale materiale viene trascritto e accluso in cartella.

Il paziente deve quindi essere preparato all'intervento:

1. Preparazione fisica: l'infermiere controlla che il paziente abbia effettuato eventuale clistere evacuativo e sia a digiuno; compie eventuale tricotomia, procede alla vestizione.

2. Preparazione psicologica

L'aspetto psicologico della preparazione inizia, come abbiamo visto, sin dalla fase di pre-accettazione: alcuni studi (Langer et al., 1975; Ridgeway & Mathews, 1982), riportano che una corretta e soddisfacente informazione preoperatoria riduce il dosaggio farmacologico per l'anestesia, e la quantità di analgesico richiesta dopo l'intervento (sino a un terzo). In accettazione, è cruciale innanzitutto la qualità dell'atmosfera generale del complesso chirurgico: significativi, a tale proposito, risultano gli studi che dimostrano una riduzione dell'ansia pre-operatoria con il semplice accorgimento della diffusione di musica classica (Winter et al., 1994); ma è nella premedicazione psicologica all'intervento che è essenziale la relazione di coinvolgimento tra infermiere e paziente (May, 1991) e l'eventuale uso di addestramenti specifici al rilassamento, che si sono dimostrati ridurre in maniera significativa la quantità di ansiolitici e sedativi richiesti, e la frequenza e gravità di complicanze postoperatorie (Langer et al., 1975; Ridgeway, Mathews, 1982; Manyande et al., 1992). D'altronde, è nell'immediato periodo pre-operatorio che possono insorgere reazioni patologiche all'intervento, come crisi d'ansia acute, o rifiuti immotivati (Ferrey et al., 1990; Revidi, 1994). In ultima analisi, il profilo dell'infermiere professionale operante in chirurgia ambulatoriale e day surgery, quale risulta dai compiti propri delle fasi di accettazione e preparazione del paziente, è quello di un tecnico altamente qualificato, consapevole della necessità di un approccio globale al paziente, e quindi in grado di fornire a quest'ultimo un supporto relazionale efficace, indispensabile anche nei tempi brevi di una chirurgia che spesso è "minore" solo per chi non la subisce.

Tabella 3: Elementi principali dell'anamnesi psicosociale mirata alla preparazione chirurgica

Disturbi psichiatrici	Se anamnesi psichiatrica positiva, precisare la diagnosi con eventuale consulenza psichiatrica. Indagare in ogni caso eventuale abuso di sostanze o farmaci (alcol, cocaina, cannabinoidi, fenfluramina, ecstasy, morfina) tentativi di suicidio, reazioni confusionali a traumi, sostanze, anestesia.
Reazione psicologica e vissuti di malattia	Effetto di malattie fisiche precedenti, e dell'attuale, su affettività (ansia), umore (depressione), pensiero (autosvalutazione, cambiamento dell'immagine di sé, pessimismo, preoccupazioni di danno fisico o morte), relazioni significative, ambiente e lavoro.
Stili e strategie di adattamento	Valutazione delle modalità di difesa, adattamento e superamento di eventi stressanti per determinare il grado di responsabilità che può essere affidato al paziente in prima persona nella gestione del suo caso. Ad esempio, la modalità fobica di adattamento delega tutto alle figure curanti, mentre quella ossessiva può creare notevoli intralci nella volontà di controllare tutto.

Tabella 4: Principali elementi per la valutazione dello status psichico

Atteggiamento, aspetto e attività motoria	Collaborazione; attendibilità e completezza; abiti e pulizia; contatto visivo; facies; attività psicomotoria; tremori, tic, segni di impazienza.
Umore e affettività	Depressione; ansia; euforia; rabbia/ostilità; appiattimento affettivo, labilità affettiva; affettività inappropriata.
Struttura del pensiero e del linguaggio	Incoerenza, blocco, perseverazione, allentamento dei nessi associativi, fuga delle idee, tangenzialità, circostanzialità, distraibilità, neologismi; velocità del pensiero e del linguaggio.
Contenuto del pensiero e del linguaggio	Preoccupazioni somatiche/ipocondria; grandiosità; idee di riferimento/influenzamento; derealizzazione/depersonalizzazione; compulsioni/ossessioni; deliri.
Percezione	Allucinazioni, illusioni.
Sensorio e cognitivtà	orientamento, attenzione, memoria; capacità di eseguire comandi e calcoli; capacità di astrazione; intelligenza.
Potenziale di distruttività	Suicidio, violenza.
Capacità introspettive e motivazione	Riconoscimento e valutazione dei problemi psicologici e fisici; motivazione al trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- ApLelbaum JL: Preoperative evaluation for day surgery. Acta Anaesthesiol Scand (Suppl), 1995; 105.
- Berta V, Mingazzini P, Boati M, et al: Standard organizzativi della day surgery unit. Atti I Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day surgery - Milano, 26/27-01-1996.
- Boike L, Canala L, Kozminski K, Wynd CA: Development of an outpatient perioperative care record. JPostAnaesthNurs, 1995;10:140-50.
- Brown SM: Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculusdisease. JAdvNurs, 1990;15: 962-70.
- Burden N: Patient and family education in the ambulatory surgery setting. Semin Perioper Nurs, 1994; 3:145-52.
- Chauvin M: Anesthésie ambulatoire, prémédication. L'anesthésie ambulatoire, Ed. Arnette, Paris, 1988.

- Didierjean A, Meurice M, Foucher G: A psychological approach to patients undergoing ambulatory surgery. *ArmChirMainMemb Super*,1995; 14: 11-6.
- Fenton-Lee D, Cooke T, Riach E: Patient acceptance of day surgery. *Ann R Coll Surg Engl*, 1994; 76: 332-34.
- Ferrey G, Borten-Krivine I, Ferreri M, et al.: Troubles psychiques et chirurgie. - Editions Techniques - Enc Méd Chir, Paris, *Psychiatrie*,37677-A-10,1990.
- Ghosh S, Sallam S: Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg*, 1994; 81: 1635-8.
- Green D: Patient assessment for day surgery. *Br J Theatre Nurs*,1995; 5: 10-2.
- Kratz A: Preoperative education: preparing patients for a positive experience. *J Post Anaesth Nurs*,1993: 270-5.
- Langer EJ, Janis IL, Wolfer JA: Reduction of psychological stress in surgical patients. *J Exp Soc Psychol*, 1975; 11: 155-65.
- Liu R, Barry JE, Weinman J: Effects of background stress and anxiety on postoperative recovery. *Anaesthesia*,1994; 49: 382-6.
- Mamie C, Forster A: Chirurgie ambulatoire - L'attitude del malades. *La Presse Méd*, 1992; 21: 657-61.
- Manyande A, Chayen S, Pryakumar P, et al: Anxiety and endocrine responses to surgery: paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosom Med*,1992; 54: 275-87.
- Markland D, Hardy L: Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol*,1993; 32: 493-504.
- Massa S, Guido A, Barone R, et al: Organizzazione di un servizio di day surgery: nostra proposta applicativa. *Atti I Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day surgery - Milano*,26/27-01-1996.
- May C: Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *J Adv Nurs*, 1991; 16: 552-58.
- Planchock NY, Wiggins MV: Preoperative assessment and teaching: physiological and psychological preparation. *Semin Perioper Nurs*,1994; 3: 61 -9.
- Revidi P: Réactions psychologiques aux affections somatiques graves. - Editions Techniques - Enc Méd Chir, Paris, *Psychiatrie*,37-675-A-20,1994.

- Ridgeway V, Mathews A: Psychological preparation for surgery: a comparison of methods. *Br J Clin Psychol*,1982; 21: 271 -80.
- Rudkin GF, Osborne GA, Doyle CE: Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital. *Med J Aust*,1993; 158: 308-12.
- Schwartz-Barcott D, Fortin JD, Kim HS: Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *Int J Nurs Stud*, 1994; 31: 23-35.
- Shapiro P.A., Kornfeld D.S.: Psychiatric aspects of head and neck cancer surgery. *Psychiatr. Clin. North Am.*,1987; 10: 87-100.
- Stewart EJ, Algren C, Arnold S: Preparing children for a surgical` experience. *Today OR Nurse*,1994; 16: 9-14.
- Trenti A. (a cura di): *Chirurgia ambulatoriale*. UTET, Torino,1994.
- Wachter CE: Triage of medical or social issues through preoperative and postoperative calls by primary nurses. *Insight*,1995; 20: 16-20.
- Waisel DB: The benefits of the explanation of the risks of anesthesia in the day surgery patient. *J Clin Anesth*,1995; 7: 200-4.
- Winter MJ, Paskin S, Baker T: Music reduces stress and auxiety of patients in the surgical holding area. *J Post Anaesth Nurs*,1994; 9: 340-3.
- Winwood MA, Jago RH: Anxiety levels following anaesthesia for day-case surgery. *Anaesthesia*,1993; 48: 581-84.

L'AMBULATORIO: AMBIENTE, STRUTTURA, FUNZIONE

S. FUSETTI

A.F.D. - Terapista Enterostomale

Nell'ambiente sanitario moderno, si tende sempre più a valorizzare l'importanza qualitativa delle prestazioni erogate al cittadino, il rapporto costo-beneficio delle stesse, la presenza in organico di professionisti con titoli superiori e capacità indiscutibili.

Per tali fattori è necessario privilegiare l'esistenza di servizi mirati, specialistici e multidisciplinari, per offrire la certezza di accontentare l'utente-cliente in ogni fase della patologia che, si spera solo momentaneamente, affligge il fruitore di cure.

Sappiamo dai primordi della storia, che la salute, l'omeostasi delle persone siano da sempre un pre-requisito del progresso economico e sociale, una leva fondamentale per avviare lo stesso processo produttivo.

Eraclito diceva che: "...quando manca la salute, la saggezza non può venire in luce, la cultura non può manifestarsi, la forza non può dar prova di sé, la ricchezza diventa inutile e l'intelligenza non può essere messa a frutto..."

Pertanto, un AMBULATORIO CHIRURGICO ben gestito e strutturato ha tutti i canoni per entrare a far parte della sanità del 2000, come filtro tra regime di ricovero e dimissione protetta, come settore riabilitativo e preventivo nel medesimo tempo e nel pieno rispetto dell'economia aziendale.

Prima di istituzionalizzare un ambulatorio sarà fondamentale valutare e revisionare alcuni aspetti irrinunciabili per un corretto proseguo dell'assistenza.

Analizzando velocemente tali canoni bisognerà occuparsi delle variabili organizzative, la struttura ed i meccanismi operativi del Servizio previsto, quale distribuzione del potere organizzativo e tutte le componenti insite nell'attività ambulatoriale.

A monte si sarà proceduto nella evidenziazione del bacino di utenza, il tipo di afferenza ipotizzabile, la presenza in zona di altri centri di riferimento.

Subito dopo ...l'obiettivo da perseguire, codificato e confrontabile periodicamente; e ancora, la scelta della sede possibile, vicina a servizi

diagnostico-terapeutici con i quali mantenere rapporti collaborativi, accessibile e riconoscibile dall'esterno.

Naturalmente si dovrà ottenere il personale necessario, i locali per svolgere il lavoro, comprensivi di sala attesa, sala visita, servizio igienico, un magazzino ed una segreteria, che snellisca compiti burocratici e previdenziali, forse dispersivi ma oltremodo necessari; possibilmente con supporti informatici, che al giorno d'oggi sono diffusi e richiesti dovunque.

Abbiamo elencato gli spazi, il personale sanitario, che in un ambulatorio chirurgico deve avere un responsabile medico, un'infermiera professionale, un agente socio sanitario ed una segretaria, come unità di base per la sopravvivenza dello stesso, ma non dimentichiamo che bisognerà avere materiali sufficienti a svolgere routinariamente i piani assistenziali al singolo paziente: arredi, strumentario, presidi, forniture sanitarie, modulistica.... ed un telefono per comunicare all'esterno

Il servizio ambulatoriale avrà preventivamente garantito un valore per l'azienda con una delibera istituzionale, la certezza di quantità e qualità di affluenze allo stesso una rete informativa interna, necessaria per la capillarizzazione dell'ambulatorio. Il volontariato pur meritorio, non è sufficiente, e non deve comunque sostituirsi alle figure sanitarie, da costituire in organico, con ruoli ben definiti, autonomie gestionali proprie ed assunzioni di responsabilità consequenziali..

Gli studi infermieristici e le ricerche condotte finalmente anche da personale non medico, speriamo conducano in breve tempo ad un riconoscimento istituzionale della nostra figura di professionisti ed alla creazione anche nelle realtà ancora arretrate e miopi di fronte all'evidenza...di strutture mirate che abbiano anche I.P. motivati, preparati ed anche culturalmente evoluti, in veste di operatori affidabili e con piena dignità e considerazione da parte delle figure aziendali apicali e degli stessi pazienti.

Sono decenni che si lavora per conquistare spazi lavorativi autonomi, benché in piena collaborazione con l'equipe sanitaria e solo da poco si comincia a vedere qualche barlume di speranza nello specifico tema.

La salute è un diritto irrinunciabile per l'essere umano e bisogna assicurarla e garantirla in ogni frangente.

Eraclito diceva nell'antichità una frase sempre attuale, a riguardo: "La saggezza non può venire in luce, la cultura non può manifestarsi, la forza non può dare prova di sé, la ricchezza diventa inutile e l'intelligenza non può essere messa a frutto, senza la SALUTE!".

Sta anche nell'equilibrio comportamentale dell'infermiere e nella sua capacità di riuscire a farsi largo nella jungla sanitaria, nel puntare i piedi con fermezza ,quando è convinto delle proprie ragioni, nella autopromozione del proprio ruolo all'esterno,la riuscita e l'attivazione di un servizio utile al cittadino malato ed alla società intera, che sarà anche premiata da costi estremamente inferiori ad un regime di ricovero ospedaliero

Il martellamento continuo in tal senso potrà scalfire la assurda rigidità di molti amministratori, poco obiettivi e a volte volutamente chiusi ad evidenti miglioramenti della sanità italiana.

Un serio Ambulatorio Chirurgico non è più limitato a trattamenti veloci di medicazioni post-operatorie, ma costituisce un completo settore di operatività a livello sia diagnostico che terapeutico, con una gamma di prestazioni davvero allargate, fino a comprendere interventi di piccola chirurgia, riabilitazioni di incontinenze urinarie e fecali, follow-up di pazienti oncologici, stoma-care per i portatori di derivazioni digestive od urinarie esterne e tanti altri tipi di attività multidisciplinarie e specialistiche ad alto livello, complete.

LA SALA OPERATORIA: STRUTTURA E FUNZIONE

A. MASSARIELLO

A.F.D. - C.O. II Clinica Chirurgica - Università "La Sapienza"- Roma

Nella sanità, il costante e rapido avanzare delle tecnologie origina mutamenti di concetti e attitudini.

L'ospedale è cambiato come unità economica, nella natura della sua produzione, nella sua gestione.

Dietro questi cambiamenti si pongono tre domande:

- È possibile, spendere meno, offrire assistenza di pari livello qualitativo?
- E possibile dimettere un paziente lo stesso giorno o al massimo 24 ore dopo l'intervento?
- 4. Il paziente gradisce il principio della one-day surgery?

Da ciò emerge la figura di un professionista che per potere svolgere le proprie funzioni deve sapere adottare un approccio manageriale orientato prevalentemente alla fissazione di obiettivi e soluzioni dei problemi attraverso una logica di pianificazione.

Prendendo coscienza di questa evoluzione, si sente il bisogno di formulare, applicare, verificare e modificare strategie operative avvalendosi di protocolli e procedure. Il protocollo è rivolto a professionisti, cioè a persone con preparazione professionale con aree di autonomia, responsabilità e competenze proprie.

Inoltre il protocollo consente di:

- 5. garantire prestazioni di qualità;
- assistenza corretta ed innovativa,
- 6. facilita l'inserimento di personale nuovo.

One-day surgery una risposta sicura ai quesiti sopracitati.

È chiaramente dimostrato che il paziente migliora più in fretta se viene dimesso in tempi brevi.

Per l'organizzazione della one-day surgery non si può indulgere all'improvvisazione, ma bisogna seguire un protocollo rigido.

Questo vale sia per i medici che per gli infermieri.

Ci devono essere chiari criteri di selezione del paziente sottoposto ad interventi in regime di one-day surgery.

La struttura per la one-day surgery può fare parte di un centro misto, di un centro adiacente o essere collocata in un centro satellite nelle vicinanze dell'ospedale stesso.

Centro misto

- una sala operatoria integrata nel blocco operatorio ma destinata, in un determinato periodo di tempo, solo alla one-day surgery,
- una sala di ricovero per la preparazione all'anestesia;
- una sala di ricovero fuori dal blocco operatorio destinata unicamente al recupero postoperatorio.

Centro adiacente

Si caratterizza per essere una struttura concepita esclusivamente per la pratica di chirurgia ambulatoriale, che è localizzata nel territorio dell'ospedale, mantenendo stretti legami funzionali con esso.

Centro satellite

È una struttura localizzata fuori dall'ospedale concepita per la chirurgia ambulatoriale.

Dietro l'esistenza di protocolli, nel caso il paziente necessiti di cure più specifiche può essere trasferito all'ospedale.

Sala operatoria

La sala operatoria si articola in una complessità di aree d'intervento (pre, intra e post-operatorio) dove interagiscono più figure con ruoli, conoscenze, professionalità e responsabilità diversificate.

La sala operatoria può essere articolata cinque giorni su sette, con un turno di produzione di sei o dodici ore, gli interventi devono essere programmati settimanalmente con un completo esaurimento della seduta giornaliera.

Questo affinché si eviti mancanza di affidabilità nei confronti dell'azienda o per l'ospedale che ospita la one-day surgery.

La cultura dell'organizzazione futura richiede a ciascun soggetto di essere compartecipe all'andamento della unità operativa, condividendo con gli altri membri della équipe, analisi proposte e propositi, nella ricerca di modelli operativi.

Sulla base di quanto affermato si realizza la programmazione e l'organizzazione del lavoro in sala operatoria; è evidente che l'obiettivo è quello di raggiungere sia l'efficacia che l'efficienza, pertanto si prende in considerazione il volume di attività operatoria ed i giorni interessati, parallelamente si studiano possibili coinvolgimenti degli operatori delle sale in specifiche attività divisionali diagnostiche e/o terapeutiche per i giorni della settimana senza attività chirurgica programmata.

Il giorno dell'intervento

Il paziente deve essere accompagnato da un familiare.

L'infermiere di accettazione si accerta che il protocollo pre-operatorio sia stato rispettato, accompagna il paziente in sala operatoria seguendolo fino alla dimissione.

L'azione dell'infermiere strumentista di turno si situa nella zona protetta della sala operatoria.

Le sue conoscenze tecniche e chirurgiche gli permettono di prevedere e anticipare le attività dei chirurghi.

Prevede, organizza, utilizza, gestisce e controlla la strumentazione affinché l'operazione decorra nelle migliori condizioni di sicurezza per il paziente e l'équipe chirurgica.

Il ruolo dell'infermiere di sala

- coadiuva con lo strumentista servendogli l'occorrente, prima durante e dopo l'intervento, prepara il paziente nella posizione dovuta per l'intervento;

- inoltre prepara gli operatori nella vestizione.

La realtà ospedaliera può presentare giornalmente la necessità di fare fronte ad interventi pluridisciplinari.

Questo rende necessario organizzare la struttura utilizzando dei protocolli, per la preparazione di set di vario genere per strumentario chirurgico, tali da diversificare sia per la qualità che per la quantità lo strumentario stesso, creando set di base piccoli medi e grandi.

Si ritiene utile confezionare lo strumentario chirurgico avvolto in un telo da sala operatoria di opportune dimensioni.

Protocollo di dimissione

Al termine dell'intervento l'infermiere accompagnerà e controllerà le condizioni essenziali quali:

- Segni vitali stabili almeno un'ora prima di uscire;
- Assenza di depressione respiratoria;
- Essere in grado di bere, urinare e vestirsi da solo;
- Deambulare senza aiuto
- Assenza di vomito nausea cefalea e dolore.

Riunite queste condizioni dopo la dimissione dell'anestesista, il paziente può uscire, sempre accompagnato da un adulto.

Vantaggi

I vantaggi possono essere visti sotto due aspetti: del malato e dei costi. In relazione al malato minore tempo di attesa, minore allontanamento dall'ambiente familiare importante nei bambini, diminuzione dei rischi d'infezione (dovuto alla minore permanenza in ospedale), diminuzione dello stress dovuto al ricovero.

Legato ai costi: minori turni del personale, maggiore produttività, più qualità e considerazione del paziente stesso.

Svantaggi

Sembra che non ci siano svantaggi se si usano rigorosi protocolli di selezione.

Tuttavia ancora è difficile la sua accettazione da parte di alcuni pazienti, che si sentono più sicuri con il ricovero, da parte di chirurghi dato che alcuni la considerano come chirurgia di «seconda categoria».

Conclusioni

One-day surgery offre una prospettiva di riscatto per la sanità a differenza dell'obsoleto quadro descritto dai mass-media ed una ulteriore risposta ad una finanziaria che richiede produttività.

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

**MARIA MATARESE, DANIELA TARTAGLINI,
MARIA GRAZIA DE MARINIS**

Libero Istituto Universitario Campus BioMedico, Roma

A) INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'assistenza infermieristica ha avuto un notevole sviluppo legato soprattutto all'elaborazione di nuove teorie e modelli concettuali (nursing research) e alla ricerca infermieristica applicata (research in nursing): ciò ha portato alla maggiore consapevolezza del ruolo attivo che l'infermiere svolge nel miglioramento delle condizioni di salute dell'individuo, della famiglia e della società.

Nell'assistenza infermieristica i bisogni e la loro soddisfazione costituiscono il punto focale del servizio prestato. Ispirandoci proprio alla teoria dei bisogni di assistenza infermieristica prenderemo in considerazione il bisogno di sicurezza e come l'infermiera aiuta la persona a soddisfarlo attraverso la propria competenza ed il rapporto interpersonale.

2. BISOGNO DI SICUREZZA

Per bisogno di sicurezza s'intende "l'esperienza di libertà dal dolore, dal pericolo o dai rischi, dalle ferite o dagli infortuni che minacciano l'integrità della struttura corporea e coinvolgono l'ambiente circostante e la sua interpretazione da parte della persona" (1).

Il processo di cura svolto nelle strutture sanitarie, che ha come obiettivo il miglioramento delle condizioni di salute dell'individuo, della famiglia e della collettività, può comportare a volte dei pericoli che minacciano il bisogno di sicurezza, pericoli che l'infermiere deve saper individuare e prevenire applicando anche in queste situazioni il processo di nursing.

L'obiettivo per tutta l'équipe assistenziale sarà quello di garantire all'individuo condizioni esenti da pericoli, e per l'individuo sarà quello di mantenere la propria integrità psicofisica.

I luoghi in cui l'infermiere deve garantire tale sicurezza sono tutti quelli in cui l'individuo si viene a trovare a causa della sua malattia o per la prevenzione di essa.

Anche la one day surgery e l'ambulatory surgery andranno considerate in quanto non sono esenti da pericolo per i pazienti che vi transitano, anche se, rappresentando spesso una valida alternativa al ricovero ospedaliero, evitano i rischi connessi proprio ad una ospedalizzazione (infezioni crociate, adattamento inefficace, disturbi nell'esercizio di ruolo, ecc.).

Nell'esaminare le condizioni che possono costituire un rischio per il paziente possiamo distinguere dei rischi:

1. intrinseci, relativi cioè alla suscettibilità del paziente come età, patologie di base, (diabete, immunodepressione), condizioni psicologiche e sociali;
2. estrinseci, legati cioè alla struttura e alle procedure di cura che possono portare a infezioni, fenomeni di sensibilizzazioni, esposizione a gas medicali e a radiazioni non ionizzanti, lesioni da elettricità, intossicazione da farmaci, stress.

Le condizioni di rischio intrinseco nella one day surgery e nell'ambulatory surgery vengono prevenute attraverso la selezione accurata delle persone candidate al trattamento chirurgico.

Le condizioni di rischio estrinseco invece devono costituire un campo d'intervento per il medico e per l'infermiera nel periodo pre, intra e postoperatorio.

Dobbiamo ricordare che la riduzione della degenza, se da una parte porta a vantaggi in termini economici, sociali e psicologici, crea dall'altra delle difficoltà nella pianificazione dell'assistenza infermieristica e nella sua valutazione: i tempi brevi di permanenza che costringono a fare in poche ore quello che veniva fatto in più giorni, la difficoltà per lo stesso infermiere di seguire il paziente dal momento della selezione alla dimissione, e l'impossibilità di rivederlo dopo l'intervento rendono spesso di difficile applicazione il processo di nursing o fanno sentire limitato il modello concettuale di V.

Henderson adottato comunemente in Italia (in America ad esempio è molto più utilizzato il modello di Dorotea Orem che è più rispondente alla situazione di cure ambulatoriali).

3. IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI

L'analisi della situazione connessa al trattamento in one day surgery e in ambulatorio chirurgico permette di formulare alcune diagnosi

infermieristiche, cioè di identificare i problemi reali o potenziali con le loro cause o fattori di rischio che impediscono alle persone di soddisfare i loro bisogni primari e che sono trattabili dall'infermiera in maniera autonoma. Ricordiamo che sono problemi reali quelli già presenti al momento della prestazione delle cure, mentre sono potenziali quelli non ancora presenti ma a rischio di insorgenza se non vengono applicati adeguati interventi di prevenzione (fattori di rischio).

Le categorie diagnostiche, che riconoscono nei fattori correlati con l'intervento chirurgico in one day surgery le cause principali, sono:

- RISCHIO DI INFEZIONE
- RISCHIO DI LESIONI
- RISCHIO DI COMPLICANZE
- ANSIA
- DOLORE

Analizzeremo ora in dettaglio ciascuna diagnosi individuandone gli interventi di prevenzione e controllo.

RISCHIO DI INFEZIONE correlato alle procedure invasive, all'incisione della cute, alla penetrazione in organi e tessuti

Per rischio di infezione si intende una "condizione di aumentato rischio di invasione di microrganismi patogeni e opportunisti" (2). Proprio per la preventiva selezione dei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi in chirurgia giornaliera o ambulatoriale, per la brevità del contatto con la struttura che riduce il rischio di infezioni crociate e per la classe di intervento a cui appartengono, il rischio di infezione è notevolmente inferiore a quello dei pazienti che si sottopongono a trattamento in regime di ricovero. Ad es. in uno studio francese è stato messo in evidenza che l'incidenza di infezioni in un popolazione pediatrica nel caso di ernioplastica era dell'1% nel caso di trattamento ambulatoriale mentre in regime di ricovero l'incidenza era del 4% (3)

La localizzazione d'infezione più frequente nella chirurgia giornaliera è quella a carico della ferita chirurgica e di questa parleremo specificamente tralasciando per la bassa incidenza le altre tipologie (infezioni urinarie, respiratorie, batteriemie, ecc.).

Sono stati proposti vari sistemi di classificazione del rischio di infezione del sito chirurgico per i pazienti trattati in regime di ricovero; i C.D.C. di Atlanta (Center for Disease Control) consigliano l'utilizzo dell'Infection Risk Index modificato (IRIm) (4), che prende in considerazione 3 parametri:

- A. Classe di intervento
- B. Durata di intervento
- C. Condizioni cliniche del paziente (ASA).

A. CLASSE D'INTERVENTO. Il National Research Council nel 1964 ha proposto un sistema di classificazione degli interventi chirurgici basato sul rischio di contaminazione endogena della ferita durante l'intervento; gli interventi sono stati quindi suddivisi in:

- *puliti*: si tratta di interventi elettivi, chiusi in prima istanza, privi di drenaggi, non conseguenti a trauma, che non interessano il tratto respiratorio, gastrointestinale, genitourinario e cavità oroLaringea, con assenza di processi infiammatori e che si svolgono senza interruzione delle procedure asettiche;
- *puliti-contaminati*: sono interventi effettuati sull'apparato respiratorio, gastroenterico o genito-unnario o intendenti che prevedono la presenza di un drenaggio meccanico
- *contaminati*: sono interventi secondari a traumi recenti, con ferite aperte, o si tratta di interventi sul tratto genitourinario o gastrointestinale con presenza di urine, bile infetta o spandimento del contenuto gastrointestinale, o in presenza di un processo infiammatorio acuto, o con importante interruzione delle procedure asettiche;
- *sporchi*: si tratta di interventi secondari a traumi in presenza di tessuto devitalizzato, corpi estranei, contaminazione fecale, ferite sporche o di vecchia data, perforazione di visceri, presenza di un processo infiammatorio acuto purulento.

B. DURATA INTERVENTO. E' stato dimostrato che il rischio di infezione aumenta con l'aumentare della durata dell'intervento per aumento della probabilità della contaminazione della ferita, maggiore traumatizzazione dei tessuti, soppressione delle difese sistemiche per perdita di sangue e anestesia, minore concentrazione dell'équipe chirurgica a causa della stanchezza.

C. CONDIZIONI CLINICHE. L'American Society of Anesthesiologists (ASA) ha proposto un sistema di classificazione dello stato fisico del paziente prima dell'intervento, che prevede un punteggio di:

- 1 per paziente in buona salute,
- 2 per paziente con malattia sistemica di lieve entità
- 3 per paziente con malattia sistemica grave non limitante l'attività,
- 4 per paziente con malattia sistemica grave disabilitante con prognosi riservata
- 5 per paziente moribondo con un'attesa di vita non maggiore di 24 ore con o senza intervento

L'intervento sarà classificato a secondo del punteggio IRIm dato dalla somma di A+B+C attribuendo a

- A. Intervento contaminato o sporco = 1
- B. Intervento che dura più di 2 ore = 1
- C. Classe ASA di 3, 4, 5 = 1

In pratica in base al sistema IRI il rischio aumenta nel caso di chirurgia contaminata e sporca, negli interventi chirurgici che durano più di 2 ore e per punteggio ASA maggiore di 2.

E' evidente come non è possibile usare questo sistema per valutare il rischio di infezione nelle persone trattate in chirurgia ambulatoriale; infatti gli interventi sono generalmente di chirurgia pulita (escissione nei, ernioplastica, varici arti inferiori, interventi sulla cornea, vasi e nervi) o pulita-contaminata (endoscopia operativa su apparato urinario e gastrointestinale, chirurgia laparoscopica su colecisti e vie biliari, interventi su naso, orecchie, gola, bocca), i tempi operatori sono piuttosto ridotti (inferiori alle due ore) e i pazienti che vi si sottopongono sono selezionati in base a criteri clinici e anestesiologicali (classe ASA= 1 e 2) (5).

Sono stati condotti vari studi per quantificare il rischio infettivo in one day surgery: essi hanno evidenziato un rischio che va dallo 0,7% al 5,1% per la chirurgia pulita, e fino al 10% (3, 6, 7, 8, 9) per la chirurgia pulita-contaminata. Poiché dal 20 al 70% delle infezioni del sito chirurgico compaiono dopo 7-10 giorni dall'intervento (per interventi con impianto di materiale protesico l'intervallo si amplia ulteriormente) bisognerà, per avere una reale valutazione del rischio

infettivo, prevedere un periodo di sorveglianza abbastanza lungo, tramite, ad esempio visite di controllo ambulatoriali, controlli domiciliari, follow up telefonici o attraverso comunicazioni con i medici curanti.

Ma a causa dei costi organizzativi e di risorse che tale sorveglianza comporta, non tutte le strutture la attuano correntemente.

INTERVENTI

I luoghi in cui attualmente si effettua la chirurgia giornaliera e ambulatoriale sono molto diversi (si va da una unità dedicata, a strutture in cui convivono i trattamenti in regime di ricovero e giornalieri, a strutture ospedaliere ed extraospedaliere); poiché l'esposizione a potenziali agenti infettivi è abitualmente legata alle caratteristiche strutturali, alla strumentazione e alle procedure, il controllo dei requisiti strutturali, la cura della strumentazione e la qualità delle pratiche di asepsi devono essere particolarmente perseguiti in tutte le strutture in cui vengono effettuati questi trattamenti, ricordando sempre che si tratta di interventi chirurgici che devono garantire la stessa sicurezza degli interventi eseguiti in regime di ricovero.

I regolamenti scritti, le metodiche per la manutenzione degli strumenti, la sterilizzazione del materiale, le norme per la tutela della salute del personale devono venire impostate secondo le direttive vigenti nelle comuni sale operatorie ospedaliere.

La pulizia delle sale operatorie di routine e la preparazione per i casi successivi deve seguire le medesime norme in vigore nelle sale operatorie ospedaliere: la pulizia della sala operatoria dopo ciascun intervento deve rimuovere tutto lo sporco e il materiale organico e non è necessaria una pulizia speciale dopo casi "sporchi" (10).

L'esame preoperatorio del paziente deve comprendere la ricerca di infezioni e di malattie contagiose. La preparazione deve prevedere la mattina dell'intervento il bagno antisettico, la tricotomia e l'antisepsi accurata della cute.

L'assistenza postoperatoria deve tenere in considerazione l'esigenza di prevenire le infezioni ospedaliere (ad es. educazione alla cura della ferita a domicilio), i pazienti debbono essere informati sui sintomi di infezione (febbre, eritema, dolore, tumefazione, secrezione) e su chi contattare nel caso insorgano problemi.

RISCHIO DI LESIONI correlate all'utilizzo di apparecchi elettrici

Per rischio di lesione s'intende una "condizione in cui l'individuo rischia di subire lesioni come conseguenza dell'interazione tra agenti e variabili ambientali e proprie risorse di adattamento e di difesa" (2). Bisogna ricordare che in una day surgery si ricorre all'utilizzo di apparecchiature elettriche così come nella chirurgia che prevede il ricovero e quindi i rischi connessi all'uso della corrente elettrica sono gli stessi.

Riassumiamo brevemente le regole da ricordare:

- controllare che il paziente abbia rimosso tutti gli oggetti metallici;
- quando si utilizza un elettrobisturi fare attenzione che tutto il circuito sia ben collegato e che il gel elettroconduttore sia utilizzato per evitare di provocare ustioni al paziente;
- porre la piastra collegata al paziente in modo che non venga a contatto con sangue, liquidi o soluzioni al fine di non provocare ustioni al paziente;
- controllare che ogni installazione elettrica sia fornita di impianto di messa a terra, cioè di collegamento tra l'apparecchio utilizzatore e la terra, di interruttore magnetotermico a monte dell'impianto (interrompe l'erogazione elettrica di energia in caso di corto circuito e sovraccarico di potenza applicata) e di interruttore differenziale, detto salvavita, a valle del magnetotermico (interrompe la corrente in caso di cortocircuito per contatto cutaneo con filo scoperto o contatto di un filo scoperto con la parte metallica dell'apparecchio);
- fare attenzione all'uso concomitante di anestetici, solventi e disinfettanti infiammabili: in quanto possono dar luogo a formazione di miscele esplosive che l'elettrobisturi può innescare;
- se un paziente è portatore di pace-maker porre particolare attenzione, perché in caso di scossa elettrica la corrente può influire sull'elettrostimolatore alterandone la funzionalità e producendo danni alla conduzione cardiaca;
- collegare le spine degli apparecchi alle prese in modo corretto senza spine multiple.

RISCHIO DI COMPLICAZIONI correlato all'uso di anestetici, all'intubazione, alla procedura chirurgica

Per rischio di complicazioni s'intende la condizione in cui si configura la comparsa di fenomeni non voluti, legati ad una procedura terapeutica o diagnostica.

E' possibile distinguere delle complicanze precoci e tardive e secondo del momento di insorgenza.

La maggior parte delle complicanze precoci sono legate all'anestesia e quindi un ruolo importante nella prevenzione e nel controllo di esse è svolto dall'anestesista a cui compete sia la scelta del tipo di anestesia (locale, regionale, generale) sia del tipo di farmaco.

Nell'anestesia generale gli effetti più frequenti sono mal di gola, mal di testa, sonnolenza, confusione, nausea, vomito, ipotensione ortostatica, aritmie, ritenzione urinaria.

Alcuni di questi disturbi possono essere di entità tale da ritardare la dimissione o da richiedere il ricovero.

Un momento importante nel postoperatorio, quindi, è quello del controllo e della valutazione della comparsa di complicazioni per stabilire quando e se la persona può essere dimessa. In questa fase un ruolo attivo può essere svolto dall'infermiere che, oltre a controllare la presenza di complicanze cardiorespiratorie, dovrà valutare altre condizioni importanti per il ritorno a casa del paziente, ricorrendo anche a protocolli stabiliti all'interno della singola struttura.

Riportiamo di seguito un protocollo per la valutazione della dimissibilità in una chirurgia giornaliera proposto da alcuni infermieri inglesi (11), che prende in considerazione 7 criteri:

1. **STATO MENTALE:** si verifica la presenza di effetti residui della premedicazione e degli anestetici sulle abilità mentali, se è presente mal di testa e confusione.
2. **MOBILITA':** la persona è in grado di alzarsi e di muoversi autonomamente, non sono presenti problemi di vertigini e debolezza.
3. **DOLORE:** si valuta la presenza e l'entità del dolore postoperatorio al termine dell'effetto dell'anestesia.
4. **MANGIARE E BERE:** la persona è in grado di ingerire liquidi e alimentarsi senza presentare nausea e vomito.
5. **ELIMINAZIONE:** riesce ad urinare spontaneamente senza presentare problemi di ritenzione urinaria.
6. **INFORMAZIONE:** è informato sullo stile di vita da seguire nei giorni successivi, conosce a che rivolgersi in caso di bisogno.

7. FATTORI SOCIALI: si valuta se è presente un accompagnatore e una persona di supporto a domicilio.

ANSIA correlata ad intervento chirurgico, mancanza di conoscenze, paura del dolore, percezione di pericolo

Per ansia s'intende un "sentimento soggettivo di apprensione e tensione che si manifesta tramite eccitabilità fisiologica e differenti modelli comportamentali" (2).

L'ansia rappresenta un pericolo per la sicurezza del paziente in quanto può interferire con la sua capacità di apprendimento ed adattamento, alterarne la qualità di vita, inibire la risposta immunologica e farmacologica e indurre un aumento del dolore.

L'ansia può essere considerata come reazione adattiva, quando la sua insorgenza è appropriata alla situazione e quando l'individuo è in grado di continuare a svolgere le attività quotidiane e di far fronte ai problemi. L'ansia disadattiva si verifica quando la risposta è eccessiva e porta a una riduzione del livello di prestazioni e a un modello comportamentale improprio alla situazione.

Hildegard Peplau ha distinto quattro livelli di ansia (leggera, moderata, grave, panico) (12) a secondo del tipo di comportamento messo in atto.

Si è visto che la persona che deve essere sottoposta ad un intervento presenta uno stato d'ansia direttamente proporzionale alla percezione della gravità dell'intervento, e della minaccia alla propria integrità psicofisica.

I fattori ansiogeni, tipici della chirurgia che prevede un ricovero, sono presenti anche se in maniera minore nella persona che deve essere sottoposta a chirurgia ambulatoriale.

Possiamo distinguere fattori ansiogeni preoperatori e postoperatori.

I fattori preoperatori sono legati alla preparazione preoperatoria, alla lunga attesa, a precedenti esperienze di interventi, alla preoccupazione per l'esito dell'intervento, al dover sottoporsi ad anestesia generale, alla paura di sentire dolore, alla paura dell'ambiente della camera operatoria.

I fattori postoperatori sono legati all'apprensione per il ritorno a casa senza la supervisione dei sanitari dopo un intervento o dopo un'anestesia generale, all'incapacità a far fronte a piccoli e grandi problemi, alla percezione del dolore.

INTERVENTI

Al momento dell'accettazione si può valutare lo stato d'ansia del paziente utilizzando dei criteri oggettivi, attraverso la misurazione dell'eccitabilità fisiologica (tremori muscolari, movimenti senza scopo) e dell'attivazione del sistema nervoso autonomo (aumento frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria), o soggettivi, facendo compilare dei questionari già predisposti, o facendo manifestare al paziente le sue emozioni.

Questa valutazione al momento dell'ingresso permetterà di decidere se è necessario somministrare degli ansiolitici (premedicazione) al momento dell'accettazione del paziente. Ma un intervento altrettanto importante, che deve essere iniziato fin dai primi contatti con la struttura, è quello informativo.

Avere informazioni corrette al momento della pre-accettazione, al momento dell'accettazione, prima dell'intervento e dopo l'intervento può migliorare il senso di controllo da parte del paziente e ridurre l'incertezza. Il tipo e la quantità di informazioni trasmesse dipenderanno dalle esigenze e dalle preferenze del paziente stesso. Per ridurre ulteriormente l'ansia si potrà utilizzare la tecnica della distrazione (che consiste nello spostare l'attenzione del paziente verso stimoli non minacciosi) o del rilassamento.

DOLORE correlato all'intervento chirurgico, alle procedure invasive, all'ansia

Per dolore s'intende "un'esperienza sensoriale ed emotiva, spiacevole, associata a un danno reale o potenziale dei tessuti o descritta in rapporto all'entità del danno" (13).

Il problema dolore deve essere preso in considerazione anche nel caso dell'assistenza in chirurgia ambulatoriale in quanto il trauma sui tessuti durante l'intervento e le procedure anestesilogiche possono stimolarlo in maniera più o meno intensa a secondo della soglia di ciascun paziente. Secondo McCaffery il dolore ha il significato che il soggetto che vive tale esperienza attribuisce ad esso ed è presente nel momento in cui lo stesso soggetto afferma di provare dolore.

Numerose ricerche hanno dimostrato che il problema del dolore non viene vissuto allo stesso modo dal paziente e dall'équipe di cura. La persona nel postoperatorio si troverà al proprio domicilio al di fuori

della sfera di controllo e di valutazione del personale sanitario e questo può indurli a negare o sottovalutare il problema. Bisogna ricordare quello che Ronald Melzak afferma: "il dolore è un'esperienza percettiva complessa, la cui quantità ed intensità è influenzata dalla storia passata dell'individuo, dal significato che dà alla situazione dolorosa e dallo stato d'animo del momento. Questi fattori giocano un ruolo determinante nel modo con cui gli impulsi nervosi vanno dalla periferia al cervello e si propagano in esso. In questo modo il dolore diventa una funzione di tutto l'individuo compresi i suoi pensieri, i timori del momento e le speranze del futuro (14).

Tra i vari studi effettuati sulla percezione del dolore Beecher (1959) ha dimostrato che in alcuni pazienti la somministrazione di placebo nel postoperatorio alleviava il dolore: questo rivela la grossa importanza che riveste l'ansia nella percezione del dolore; il placebo in questi casi agisce riducendo l'ansia e con esso l'intensità del dolore. L'infermiera e il medico, per poter effettuare una gestione efficace del dolore, dovrebbero raccogliere durante i vari contatti con il paziente, secondo quanto suggerito dall'Agency for Health Care Policy and Research, delle informazioni sui seguenti aspetti:

- 1 peggiori episodi di dolore e loro effetti sul paziente;
- 2 metodi efficaci e non efficaci adottati in passato per la remissione del dolore;
3. atteggiamento del paziente verso l'assunzione di oppiacei, ansiolitici o altri farmaci antidolorifici
4. risposta del paziente di fronte allo stress e al dolore, per esempio ansia, depressione, psicosi
5. aspettative e convinzioni familiari sul dolore, sul decorso postoperatorio,
6. modi di descrivere o manifestare il dolore;
7. conoscenze, aspettative e preferenze del paziente sui metodi di controllo.

INTERVENTI

Abbiamo già visto come può essere fonte di ansia la prospettiva di provare dolore nell'intra e postoperatorio. Un'adeguata coscienza del personale potrebbe ridurre il problema prevedendo sia un'informazione adeguata sull'entità del dolore che il paziente proverà nel periodo intra e postoperatorio, sia l'uso di ansiolitici

(premedicazione) al momento dell'ingresso in one day, sia prescrivendo degli antidolorifici che la persona può assumere al proprio domicilio a propria discrezione a secondo della propria valutazione soggettiva.

CONCLUSIONI

La formazione di base e permanente degli operatori sanitari che lavorano in una chirurgia giornaliera e l'organizzazione della struttura secondo criteri di efficienza e di efficacia rappresentano una garanzia per la qualità delle cure fornite e quindi per la sicurezza dei pazienti stessi.

In particolare il bisogno di sicurezza dell'individuo sottoposto ad intervento in trattamento giornaliero è garantito dal rispetto delle seguenti regole:

- selezione accurata dei pazienti candidati a questo tipo di chirurgia
- struttura operatoria adeguata con appropriati strumenti e organizzazione di lavoro;
- team operatorio costituito da personale esperto;
- valutazione accurata della dimissibilità;
- follow up delle persone trattate.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Yura H., Walsh M.B.: Il processo di nursing. Milano: Sorbona, 1992.
- 2) McFarland G., McFarlane E.A.: Procedure diagnostiche per infermieri e protocolli. Milano: McGrawHill, 1995.
- 3) Audry G., Johanet S., Achrafi H., Lupold M., Gruner M.: The risk of wound infection after inguinal incision in pediatric outpatient surgery. Eur. J. Pediatric Surg. 1994 Apr. 4 (2): 87-9.
- 4) Moro M.L. (a cura di): Infezioni ospedaliere: prevenzione e controllo. Torino: Centro ScientificoEditore, 1993.
- 5) The Society for Hospital Epidemiology of America, The Association for Practitioners in Infection Control, The Centers for Disease Control, The Surgical Infection Society. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. Infect. Control. Hosp. Epidemiol. 1992 Oct., 13 (10): 599-605.
- 6) Natof H.E: Complications associated with ambulatory surgery J.A.M.A. 1980; 244:1116.

- 7) Craig C.P.: Infection surveillance for ambulatory surgery patients: An overview. *Oual. Rev.Bull.* 1983; 9:107.
- 8) Frazee R.C., Thames T., Appel M., Roberts J., Symmonds R., Snyder S., Hendricks J., Smith R.: Laparoscopic cholecystectomy: a multicenter study. *J. Lapararoendosc. Surg.* 1991; Jun I:(3): 157-59
- 9) Saeger H.D., Klug W.: Ambulatory visceral surgery-limits and risks from the clinical viewpoqnt. *Chirug.* 1995 Apr.; 66 (4): 297-302.
- 10) Jackson M.M., Lynch P.: Gli ambienti per l'assistenza ambulatoriale. In: Bennet J.V. BracEman P.S.: *Infezioni Ospedaliere.* Padova: Piccin, 1992: 377-385.
- 11) Stephenson M.E.: Discharge criteria in day surgery. *J. Adv. Nurs.* 1990 May; 15 (5): 60113.
- 12) Peplau H.E.: A working definition of anxiety. In: Burd S.F., Marshall M.A.: *Some critical approaches to psychiatric nursing.* New York: Macmillian Publishing, 1963.
- 13) Agency for Health Care Policy and Research. *Acute Pain management: operative or medical procedures and trauma.* Rockville, Md., 1992.
- 14) Melzak R.: *L'enigma del dolore: aspetti psicologici, clinici e fisiologici.* Bologna: Zanichelli, 1976.

SMALTIMENTO DEI RIFIUTI IN SALA OPERATORIA

STEFANIA RUGGIERI

Coordinamento ANIPIO Lazio - ROMA

DANIELA BATTICIOCCA

Direzione Sanitaria Osp. San Filippo Neri- ROMA

Il problema dei rifiuti ospedalieri esiste ed ha grandissime implicazioni di ordine igienico, sanitario, economico ed organizzativo.

L'ospedale e con esso ogni altro luogo in cui si svolgono attività sanitarie, dà origine a numerosissimi tipi di rifiuto in quantità direttamente proporzionale alla struttura stessa.

Produce rifiuti solidi in quantità di circa 1500 - 2500 kg /die / posto letto, con una media di poco inferiore ai 2 kilogrammi

Qualitativamente questi rifiuti possono dividersi in vari tipi che includono rifiuti di tipo **GENERICO**, normalmente presenti nella vita civile, e rifiuti di tipo **SPECIALE** legati all'attività specifica sanitaria. I primi costituiscono il 60-85% dei rifiuti ospedalieri: tra questi vanno considerati tutti quelli assimilabili ai rifiuti urbani che non sono venuti a contatto con liquidi organici o con malati affetti da patologia infettiva trasmissibile e che quindi non costituiscono un rischio igienico-sanitario.

Fra questi vanno considerati i normali rifiuti deperibili provenienti da attività alberghiere, gli imballaggi (carta, plastica, vetro, legno) rifiuti inerti derivanti dalla manutenzione ordinaria e straordinaria di strutture e suppellettili, gli scarti derivanti da uffici amministrativi.

I secondi sono quei rifiuti derivanti dalla specifica attività sanitaria, ne rappresentano una quota minore (15-40%) e risultano costituiti perlopiù da rifiuti potenzialmente infetti, rifiuti radioattivi, rifiuti chimici, farmaci, parti anatomiche, taglienti, contenitori pressurizzati. L'attività chirurgica svolta in sala operatoria rappresenta un buon osservatorio delle tipologie di rifiuti prodotti, ma soprattutto delle problematiche legate al loro smaltimento.

IL RISCHIO LEGATO AI RIFIUTI

Il problema dell'impatto ambientale dei Rifiuti prodotti in ospedale, non si discosta da quello già segnalato da tempo da numerosi gruppi

ambientalisti nei confronti di tutti i rifiuti prodotti negli aggregati civili ed industriali.

Così come avviene anche nel mondo civile, la mole dei rifiuti ospedalieri (R.O.) ha subito un notevole incremento di produzione dovuto alla introduzione di numerosissimi articoli monouso nella pratica quotidiana sia diagnostica che clinico-assistenziale, spronando la ricerca di soluzioni di smaltimento razionali e sicure per l'ambiente.

Il concetto di rischio legato comunque al rifiuto prodotto in ospedale, particolarmente quello infettivo e biologico ha determinato una grande produzione di norme in tema di smaltimento dei rifiuti: tuttavia occorre analizzare specificatamente da un lato l'aspetto normativo dall'altro l'effettiva epidemiologia del rischio infettivo legato ai rifiuti.

ASPETTI NORMATIVI

La spesso contraddittoria normativa in vigore relativa allo smaltimento dei rifiuti ha creato non poche difficoltà organizzative non solo a coloro che sono i responsabili diretti in materia (Direttore Sanitario) ma anche a coloro che ogni giorno, per il particolare lavoro che svolgono devono rispettare e far applicare le suddette norme.

La legge quadro sullo smaltimento dei rifiuti n. 915 del 1982 (resa applicativa da una delibera del Comitato Interministeriale nel 1984) definisce rifiuti speciali ospedalieri (RSO) tutti i rifiuti di laboratorio analisi, di medicazioni e le parti anatomiche, vengono associati a quelli urbani unicamente nella fase di incenerimento a cui i RSO accedono seguendo un rituale particolare che comprende:

1. differenziazione fin dal momento della produzione dei rifiuti
- B) la raccolta in un contenitore a tenuta capace di resistere a trattamenti di disinfezione e/o sterilizzazione
- C) sigillatura prima della consegna alle ditte autorizzate al trasporto.

Le modalità di bonifica prima del trasporto erano lasciate alla discrezione del responsabile della struttura (disinfezione e/o sterilizzazione per il legislatore sembra siano sovrapponibili): tra tutte quelle che furono adottate, sarebbe stata preferibile la innocuizzazione in autoclave (ciclo di almeno 20 minuti a 120°C) ed avrebbe potuto essere accettabile l'aggiunta di formalina che però è attiva solo allo stato gassoso, ma che nessuna impiegò per i noti motivi di tossicità.

La scelta più popolare, ma anche la più inefficace, è l'aggiunta al RSO di un disinfettante chimico solido, in polvere o compresse, attivo però solo sulle superfici con cui viene a contatto.

Questo rende quindi l'operazione un semplice rito propiziatorio di nessuna sostanziale efficacia e di sicuro impatto ambientale negativo.

Con l'approvazione della legge 475 del 1988 la situazione viene gravemente compromessa dalla comparsa del famigerato art. 9 decies che individuava come rifiuti speciali TUTTI i rifiuti provenienti da strutture sanitarie e quindi non assimilabili a quelli urbani tranne che per l'incenerimento.

Sempre con la stessa legge viene introdotto il limite di 48 ore per lo stoccaggio temporaneo prima dell'asporto.

Questo articolo imponeva perciò lo stesso tipo di smaltimento speciale per tutti i rifiuti prodotti all'interno degli ospedali anche per rifiuti totalmente innocenti, come quelli derivanti da attività di ristorazione o amministrative.

La mole di rifiuti speciali veniva così ad essere talmente dilatata - aumento del 400% - da determinare fin dai primi giorni ingorghi inenarrabili ai forni inceneritori, nonché un intollerabile aggravio della spesa per lo smaltimento.

Tempestivamente *viene emanata la Legge 45 del 1989*, secondo la quale i rifiuti ospedalieri permangono comunque tutti speciali, tuttavia abroga art. 9 decies della legge precedente e dispone l'emanazione di un Decreto che identificasse i rifiuti speciali (cioè prodotti in ospedale) che potevano essere smaltiti come urbani.

Inusualmente tempestivo viene pubblicato *il DM del 25/5/1989* che identifica i rifiuti e le loro frazioni, e che permette la assimilabilità dei rifiuti speciali a quelli urbani "...purché sottoposti a trattamento di sterilizzazione".

La disposizione che riguardava lo stoccaggio per un tempo massimo di 48 ore rimane valida fino alla sterilizzazione del rifiuto speciale, dopo il trattamento non c'è più limite allo stoccaggio in quanto i rifiuti urbani vengono asportati quasi quotidianamente.

DPR 915/82 Normativa quadro sui Rifiuti	Art. 2 - Rifiuti Speciali Art. 14 - Assimilabilità per qualità dei Rifiuti Speciali
LEGGE 475 / 88	Art. 9 decies Rif. Speciali sono assimilabili solo ai fini dell'incenerimento - Stoccaggio 48 ore
LEGGE 45/89	Abrogazione dell'art. 9 decies Stoccaggio 48 ore - Dispone l'emanazione di un decreto sull'assimilabilità
DECRETO 25/5/89	ALL. 1 - Elenco rifiuti speciali assimilabili per lo smaltimento a quelli urbani ALL. 2 - Elenco rifiuti - categorie - che richiedono particolari sistemi di smaltimento

MODALITÀ DI SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SPECIALI OSPEDALIERI

La normativa attuale prevede tre diversi tipi di eliminazione per i rifiuti ospedalieri:

- TERMODISTRUZIONE, mediante incenerimento, indicato per i rifiuti solidi
- SCARICO IN FOGNATURA per rifiuti allo stato semisolido o fluido
- DISCARICA materiali ingombranti e vetreria

RIFIUTI SOLIDI SPECIALI

Secondo le disposizioni del Decreto del 25/5/89, questa categoria comprende:

1. rifiuti derivanti da medicazioni
2. da attività diagnostiche
3. attività terapeutiche e di ricerca
4. rifiuti di natura biologica e loro contenitori
5. provenienti da reparti che ospitano pazienti affetti da malattie infettive o da strutture comunque destinate alla loro cura

Le strutture ospedaliere attualmente possono ricorrere a una delle seguenti soluzioni previste dalla normativa corrente:

1. Incenerire in proprio i rifiuti prodotti

Pochissime strutture sono in grado di ricorrere a tale soluzione soprattutto se inseriti all'interno di aggregati cittadini, inoltre è necessario un particolare tipo di impianto a fumi zero regolarmente approvato dalla Regione.

2. Trasporto in doppio contenitore di cui uno rigido al centro di termodistruzione previa disinfezione e/o sterilizzazione

Il destino di questi rifiuti, dopo disinfezione e condizionamento, è esclusivamente la termodistruzione.

È opportuno premettere che probabilmente il merito maggiore attribuibile all'impiego di disinfettanti in questo contesto è quello di richiamare l'attenzione degli operatori sulla opportunità di un confezionamento corretto ai fini della salvaguardia dell'ambiente e degli operatori addetti alle successive fasi di manipolazione e di trasporto.

Con le attuali metodologie, infatti, la disinfezione di questi rifiuti non può essere sicura perché l'intervento viene attuato senza conoscenze delle esigenze di trattamento e in condizioni che non favoriscono il successo della metodica.

3. Sterilizzazione dei rifiuti speciali e loro smaltimento come "urbani"

Occorre ricordare che i processi di sterilizzazione si caratterizzano per la possibilità di documentare la loro efficacia (indicatori biologici) e la riproducibilità del risultato: quando tali procedure si applicano ai rifiuti speciali per garantirne la assimilabilità agli urbani, vanno verificate le attrezzature dedicate allo scopo e i sistemi di documentazione per la validazione dei cicli stessi.

CONFEZIONAMENTO DEI RIFIUTI SOLIDI SPECIALI

La legge prevede la raccolta differenziata e sistemi di confezionamento diversi per le varie tipologie di rifiuti.

Si possono quindi utilizzare gli usuali sacchi di plastica nera per i rifiuti assimilabili a quelli urbani riportanti la dicitura "RIFIUTI DI

ORIGINE SANITARIA ASSIMILABILI AGLI URBANI"

(ricordiamo che per la legge tutti i rifiuti prodotti in ospedale sono speciali, ma alcuni possono essere assimilabili per lo smaltimento a quelli urbani).

I rifiuti speciali ospedalieri possono essere assimilati a quelli urbani solo nella fase di incenerimento.

Detti rifiuti devono essere accompagnati da apposite dichiarazioni scritte dai Direttori Sanitari degli ospedali, dalle quali risulti la natura, la provenienza, nonché il fatto che siano stati sottoposti ad adeguato trattamento di disinfezione e/o sterilizzazione.

I RSO devono essere raccolti in sacchi impermeabili a perdere o in contenitori in plastica (obbligatori per lame e taglienti) e immessi a loro volta in contenitori appositi esterni riciclabili (i container di trasporto al forno): contenitori comunque tali da offrire la massima garanzia di ermeticità, resistenza, di facile riconoscimento ed idonei per tutti i trattamenti preliminari al trasporto.

Al Direttore Sanitario, come si è già detto compete la sorveglianza ed il rispetto della presente norma fino al confezionamento di tali rifiuti speciali e alla consegna all'operatore autorizzato al trasporto verso l'impianto di trattamento.

La legge dà enorme risalto alla resistenza dei contenitori esterni al fine di evitare spandimenti accidentali del contenuto e all'immediato riconoscimento: per quest'ultimo motivo sia i contenitori esterni che quelli interni devono riportare scritta la dicitura "RIFIUTI OSPEDALIERI TRATTATI".

La durata dello stoccaggio temporaneo di detti rifiuti presso le strutture sanitarie non deve superare le 48 ore.

Tale varie raccomandazioni la legge sottolinea la necessità di una differenziazione, la fase di produzione, tra i rifiuti a rischio di lesione dagli altri, utilizzando per i primi un adeguato sistema di imballaggio (raccolta e contenimento).

RIFIUTI LIQUIDI

Tutta la problematica legata alla eliminazione dei rifiuti liquidi biologici in rete fognaria ricade invece sotto la normativa prevista per gli scarichi fognari delle strutture sanitarie

Al momento attuale per i liquami di provenienza ospedaliera il procedimento di depurazione e disinfezione chimica in situ è richiesto

solo quando tali liquami vengono immessi a rete che non disponga all'effluenza di un depuratore biologico.

Di fatto questa è un'opportunità estremamente rara da riscontrare in quanto il Decreto Ministeriale del 51811977, applicativo della Legge n. 132 del 12/2/1969 art. 8 "Smaltimento dei rifiuti liquidi", riguardante la determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private, è l'ultimo di una serie di norme che vedono la loro origine già dal 1939. Nell'ultimo decreto in particolare la disinfezione va eseguita obbligatoriamente sui reflui dell'impianto biologico e non sul rifiuto liquido prima del trattamento. Questo significa che, a meno che non si tratti di altre tipologie di rifiuti liquidi che hanno di particolari forme di allontanamento (tossico-nocivi o radiologici) il liquame biologico può essere immesso integralmente nella rete fognaria senza ulteriore trattamento: l'abbattimento di eventuale carica batterica viene garantito da una naturale diluizione all'interno di tutti i liquami immessi e dal lavoro di ossidazione prodotto dalle fosse biologiche che provvedono alla ciorazione terminale dell'effluente.

EPIDEMIOLOGIA DEL RISCHIO INFETTIVO DEI RIFIUTI SPECIALI OSPEDALIERI

Negli ultimi anni in Italia e all'estero si è spesso richiamata l'attenzione su un rischio infettivo riferibile ai rifiuti ospedalieri.

Tuttavia analizzando la letteratura specializzata in merito, si rileva che i riferimenti

sono scarsi: non esiste nessuna evidenza epidemiologica che dimostri la maggiore carica infettiva dei rifiuti ospedalieri almeno nella maggioranza dei casi rispetto a quelli domestici, e non esiste alcuna evidenza che i rifiuti ospedalieri abbiano causato malattie in comunità in conseguenza ad una eliminazione scorretta

Non esistono dati che permettano di quantificare il rischio microbiologico associato ai rifiuti ospedalieri a differenza di quanto si verifica ad esempio per gli inquinanti di origine chimica.

Si ricorda infine che per indurre una malattia infettiva non è sufficiente la sola presenza di microrganismi patogeni, ma devono coesistere altri fattori quali la carica infettante, la trasmissione e la recettività dell'ospite.

TIPOLOGIA DEL RIFIUTO POTENZIALMENTE INFETTO

Si definisce infetto un rifiuto nel quale si possono trovare livelli potenzialmente pericolosi di microrganismi.

Il Center for Disease Control (CDC) precisa che l'approccio più razionale al problema è quello di identificare i rifiuti che comportano un rischio potenziale di infezione quando vengono manipolati impropriamente, adottando per gli stessi specifiche precauzioni.

Esiste un sostanziale accordo nel considerare "a rischio infettivo" cinque categorie di materiali, caratterizzati in sede d'impiego da un rischio elevato e documentato.

TIPO DI RIFIUTO	RISCHIO	
	POSSIBILE	DOCUMENTATO
Taglienti	+++	+++
Sangue e derivati	++	
Microbiologici	++	
Patologici e autoptici	++	
Isolamento e Infettivi	+/	

I taglienti differiscono da altri rifiuti in quanto sono in grado di produrre da sé la porta d'entrata nell'ospite.

Nell'impiego essi presentano un rischio molto elevato, mentre a livello di rifiuto lo stesso diviene trascurabile se la loro raccolta e confezionamento vengono fatti in modo adeguato.

Per le altre tipologie di rifiuto non sono documentati problemi infettivi anche se in teoria ognuno di essi presenta elementi di rischio che consigliano l'adozione di cautele speciali nella manipolazione e raccolta.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta al sangue e i suoi derivati, ai fluidi che ne possano contenere (secrezioni e drenaggi e apparecchiature di laboratorio) e a secrezioni ed escrezioni che possano essere contaminate da agenti trasmissibili e che per questo devono essere manipolati con cura, evitando assolutamente il contatto con mucose o soluzioni di continuo della cute.

Per i rifiuti provenienti da pazienti in isolamento, è opportuno adeguarsi alle norme specificatamente date in merito nelle Linee guida dei CDC, che impongono l'impiego di mezzi di barriera per tutti i

liquidi biologici, e che precisano quale possa essere il materiale infetto nei diversi casi di malaria.

CONCLUSIONI

I rifiuti potenzialmente infetti possono rappresentare un rischio per l'uomo e per l'ambiente se non vengono attuati interventi coordinati intesi a garantire sicurezza in ogni momento del sistema RACCOLTA - TRASPORTO - SMALTIMENTO.

L'intensa produzione di normativa individua nel Direttore Sanitario il responsabile diretto di tutte le operazioni relative ai rifiuti prodotti in ospedale: le disposizioni in merito alla produzione, confezionamento e stoccaggio, nonché la vigilanza sull'osservanza delle norme stesse, ricadono sotto la sua stretta competenza e attribuzione.

I protocolli scritti e specifici all'interno delle unità operative divengono lo strumento indispensabile, insieme al buon senso, alla minimizzazione del rischio per gli operatori e la comunità e alla osservanza delle normative che coinvolgono tutti coloro che a vario titolo e livello si inseriscono nella gestione dei rifiuti ospedalieri.

Un ultimo accenno infatti va riservato alla acquisizione di tutti i materiali necessari ad uno smaltimento sicuro dei rifiuti, in particolare i taglienti e aghi, sulle cui caratteristiche non esistono indicazioni specifiche italiane: l'imperforabilità provata dei contenitori e la tenuta per eventuali percolati devono condizionare fortemente gli acquisti al fine di non rendere reale il relativo rischio infettivo occupazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Center for Disease Control Guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, Ed. Italiana, Roma 1989.
2. Commissione Nazionale AIDS - Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per la prevenzione dell'infezione da HIV ed altri patogeni trasmissibili per via ematica - Ministero della Sanità - 1989.
3. D.M.25 maggio 1989 (G.U. del 14/6/1989, serie generalen.137).
4. D.P.R.10 settembre 1982, n.915 (G.u. del 15/12/1982, n. 343).
5. Deliberazione del Comitato Interministeriale 27 luglio 1984 (G.U. del 13/9/1984, n. 253 suppl. ordinario).
6. Fara G.M., Filocamo A., Orsi G.B. Aspetti sanitari ed ambientali dei rifiuti speciali sanitari. View ~ Review, Anno 5, n. 4, pagg. 4-11, luglio 1995.

7. Ippolito G: Infezione da HIV e operatori sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore Roma.
8. Legge 10 febbraio 1989 n. 45 (G.U.11/2/1989 n.35)
9. Legge 9 novembre 1988 n.475 (G.U. del 10/11/1988 n. 264).

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE

**G. DELLA ROCCA, M.G. COSTA, F. PUGLIESE, C. COCCIA,
L. POMPEI, M. MARITTI, F. PIERCONTI, L. DIANA, M.
BRUGNOLO, P DI MARCO, M. ANTONINI**

Istituto di Anestesiologia e Rianimazione - Dir Prof Alessandro
Gasparetto Università di Roma "La Sapienza"

Il razionale sulla scelta della tecnica anestesiologica, da effettuare per interventi in regime di "One Day Surgery" (ODS) o chirurgia ambulatoriale, deve rispettare quattro aspetti fondamentali: rapido e soft onset, amnesia ed analgesia intraoperatoria, buone condizioni chirurgiche, risveglio rapido e senza effetti collaterali. Prima di procedere alla disamina delle singole tecniche anestesiologiche val la pena di ricordare che qualunque sia il tipo di anestesia praticata deve essere sempre preceduta da un videat anestesiologico preoperatorio e da una adeguata selezione e preparazione del paziente. Questi ultimi due aspetti devono comprendere un consenso informato e tutte le procedure diagnostiche atte a documentare lo stato clinico del paziente. A tal fine negli U.S.A. la richiesta di analisi di laboratorio dipende dall'età, dallo stato di salute e dall'anamnesi farmacologica, secondo i criteri riportati in Tab. I.

I pazienti con patologie croniche (diabete, ipertensione) richiedono indagini di laboratorio supplementari. I pazienti con un valore di emoglobina inespiegabilmente inferiore a 10 mg/dl, devono essere sottoposti ad una valutazione prima dell'intervento ambulatoriale, poiché una bassa concentrazione di emoglobina può essere associato a patologie che possono influenzare la mortalità perioperatorie.

TAB. 1- DIAGNOSTICA PREOPERATORIA PER OUTPATIENT ANESTHESIA

	Uomini			Donne		
	<50aa	50-70aa	>70aa	<50aa	50-70aa	>70aa
GR/HCT		*	*	*	*	*
βHCG				*		
RX TORACE			*			*
EKG		*	*		*	*

Per quanto attiene alla selezione in base alla procedura chirurgica (Tab. 2) ultimante si è concordi nel ritenere ideali per la chirurgia ambulatoriale interventi la cui durata prevista, non vada oltre i 60-90 minuti di anestesia. Interventi per cui siano previste perdite ematiche cospicue non possono rientrare in questo tipo di disciplina, mentre procedure (quali la chirurgia plastica molto estesa) con previste perdite di media entità possono rientrare nella ODS con un adeguato programma di predeposito e di recupero intraoperatorio. Se il paziente deve viaggiare a lungo dopo la dimissione si devono valutare attentamente le possibili complicanze legate al trasporto, quali la probabilità di emorragie e la gestione del dolore postoperatorio. Le procedure chirurgiche per le quali si presume la possibile comparsa di complicanze postoperatorie richiedono l'ospedalizzazione, così come gli interventi in cui è necessaria l'immobilizzazione od una terapia analgesica parenterale non sono idonei al modello ambulatoriale. La disponibilità di nuove terapie analgesiche potrà cambiare nel futuro quest'ultima raccomandazione, mentre la crescente casistica potrà permettere una selezione delle procedure chirurgiche in ODS. Nel distinguere la chirurgia ambulatoriale dalla ODS si intende inserire un concetto più ampio legato alla possibilità di allargare i tipi di procedure ed il tipo di paziente che può sottoporsi a questo trattamento. La chirurgia minore che necessita di sola anestesia loco-regionale (per infiltrazione) non necessita altro che di un buon monitoraggio per poter essere praticata su soggetti ASA III senza un reale incremento del rischio di ospedalizzazione e con ridotta necessità di esami di laboratorio (Ambulatory Surgery). Nel caso di interventi che necessitino di anestesia generale, la restizione ai pazienti ASA I e II ci sembra essere in ogni caso la più garantista per un successo completo (One Day Surgery).

Tabella 2 - INTERVENTI EFFETTUATI IN ODS

Specialità	Procedure
ODONTOIATRIA	Estrazioni, conservativa
DERMATOLOGIA	Escissione di lesioni cutanee
OTORINOLARINGOIATRIA	Tonsillectomia, adenoidectomia, miringotomia, laringoscopia, polipectomia
OCULIST	Cataratta, strabismo
CHIRURGIA GENERALE	Biopsie, laparoscopia, varicectomia, erniorrafia, emorroidectomia
GINECOLOGIA	Laparoscopia, cisti del Bartolino, dilatazione e curetage
ORTOPEDIA	Artroscopia, tunnel carpale, chirurgia delle estremità, manipolazioni sotto anestesia
UROLOGIA	Cistoscopia, orchidopessia, vasectomia
PEDIATRIA	Circoncisione, erniorrafia
ENDOSCOPIA	Endoscopia, colonscopia, broncoscopia
CHIRURGIA PLASTICA	Settorinoplastica, correzioni estetiche
TERAPIA ANTALGICA	Simpaticectomia chimica, trattamento epidurale

L'uso della *premedicazione* per sedute ambulatoriali è stato oggetto di considerevole interesse e discussione. Le indicazioni primarie includono la lisi dell'ansia, l'analgesia, l'amnesia, la vagolisi e la profilassi contro il vomito postoperatorio e la broncoaspirazione. Molti autori negli U.S.A. non praticano la premedicazione per evitare la possibilità di ritardi nel recupero dall'anestesia. In ogni caso, la scelta dovrebbe cadere su di un farmaco la cui via di somministrazione sia quella orale. I farmaci attualmente usati per la premedicazione in ODS sono gli oppioidi a breve durata d'azione (fentanyl), i sedativi ipnotici (diazepam orale, midazolam intramuscolo), anticolonergici, H₂ antagonisti, antiacidi e metoclopramide. Non potendo mai prescindere dall'inserimento di una linea venosa, il monitoraggio in ODS deve avvalersi sempre della presenza di un display per ECG, del controllo della pressione arteriosa incruenta (Dinamap), della pulsossimetria e della capnometria di fine espirazione in caso di interventi eseguiti in anestesia generale. Per quanto riguarda gli aspetti medico-legali, mentre esiste una legislazione specifica per tale tipo di procedura negli U.S.A. e nel Regno Unito, attualmente manca in Italia una normativa in proposito, e pertanto, per quanto riguarda il settore anestesilogico, ci si attiene al volume "Raccomandazioni per l'anestesia nel Day Hospital"

(Notiziario S.I.A.A.R.T.I. anno 1995, fascicolo 3) ed a quanto previsto per le procedure eseguite in regime di ricovero ospedaliero.

Sebbene molte procedure chirurgiche siano eseguite in anestesia generale, esiste la possibilità di utilizzare tecniche loco regionali che vanno dalla semplice infiltrazione alle tecniche regionali perimidollari, con o senza ausilio di sedazione del paziente.

Sedazione durante anestesia locale e/o regionale - E' talvolta indispensabile, per attenuare lo stress indotto nei pazienti, somministrare bassi dosaggi di sedativi per eseguire anestesi loco-regionali in regioni dolorose o comunque per diminuire il discomfort durante l'iniezione del farmaco stesso, anche se, sempre presente il rischio di depressione respiratoria per una eccessiva sedazione, è un dato di fatto dal quale non si può prescindere.

Le *benzodiazepine* (Bz) sono i farmaci più utilizzati per indurre sedazione ed amnesia; il midazolam (Dormicum), non ancora in commercio in Italia, è tra le Bz quello che offre i maggiori vantaggi, in quanto è un agente idrofilico a rapido onset ed a breve durata d'azione. Anche il lorazepam (Tavor), in fiale non ancora in commercio in Italia ha un buon onset ma la sua prolungata amnesia può a volte impedire la dimissione. Il diazepam, è largamente utilizzato: ha il difetto di procurare dolore ed irritazione nel vaso in cui è iniettato, la sua lunga emivita di eliminazione (34-48 h), con formazione di metaboliti attivi può prolungarne ulteriormente gli effetti, particolarmente nei pazienti anziani. Tutto ciò non lo pone tra i farmaci di scelta per la semplice sedazione. A vantaggio delle benzodiazepine comunque va sottolineata la disponibilità di un antidoto quale il flumazenil (Anexate) a breve emivita di eliminazione (1-2 h), che consente di dimettere un paziente con sicurezza, quando utilizzato per antagonizzare Bz a breve durata d'azione.

L'uso di oppioidi analgesici aumenta notevolmente il comfort del paziente durante l'anestesia locale. Tra gli oppioidi il più utilizzato è il fentanyl (Fentanest) il quale, a dosi di 25-50 mcg e.v. ripetibili, può essere associato a 2-5 mg e.v. di midazolam. Questa associazione può indurre depressione respiratoria fino all'apnea, che può essere scongiurata utilizzando agonisti-antagonisti (pentazocina, buprenorfina) in sostituzione al fentanyl. L'alfentanyl (Alfenta, non ancora in commercio in Italia) si offre quale oppiaceo di scelta per procedure di breve durata, dal momento che ha un'emivita di eliminazione più breve del fentanyl.

Un indiscutibile vantaggio comunque degli oppiacei, così come per le Bz, è la disponibilità di antagonizzare i loro effetti con dosi scalari di naloxone sia e.v. che i.m..

Altre combinazioni utilizzate sono tra Bz e Ketamina (Ketalar), fentanyl e droperidolo (Sintodian) ma non offrono alcuni vantaggi rispetto alla precedente (Bz-oppiacci).

Negli ultimi anni un nuovo farmaco, il propofol (Diprivan), è entrato a far parte del bagaglio farmacologico degli anestesisti e riveste un ruolo dominante tra i farmaci a disposizione per la sedazione dei pazienti. È efficace, ha un'azione rapida e controllabile sia in bolus ripetuti che in infusione continua, permette un recupero delle funzioni cognitive migliore di quello con midazolam. Utilizzato a dosaggi elevati induce apnea ed è associato ad una depressione cardiovascolare; non esistono antidoti o antagonisti anche se il flumazenil sembra migliorarne il recupero.

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE

Anestesia locale per infiltrazione del sito chirurgico - È sicuramente la tecnica più semplice, più utilizzata ed anche la più sicura.

L'infiltrazione del sito chirurgico permette l'eresi per deafferentazione di tutte le lesioni superficiali dermatologiche non estese. Numerose procedure possono essere eseguite con infiltrazione locale: urologiche (vaso vasotomia, orchioepesi, idrocele, spermatocele, varicocele), artroscopie diagnostiche, erniorrafia inguinale, emiorrafia ombelicale semplice, chirurgia oftalmologica minore (più blocco retrobulbare). Mai come in questo campo, il rapporto costo beneficio si impone come dominante, infatti a parte gli esigui casi di ipersensibilità agli anestetici locali o l'accidentale somministrazione intravascolare (venosa od arteriosa), non esiste se non raramente la necessità di ricoverare pazienti per effetti collaterali che ne impediscano la dimissione. Sempre più diffuso è l'utilizzo con successo della crema anestetica Eutetic Mixture of Local Anesthetics (EMLA). Tale crema ad uso topico contiene lidocaina e prilocaina (lidocaina 25 mg/g e prilocaina 25 mg/g), due A.L. della classe amidica ed un emulsificante (olio di ricino idrogenato a poliossietilenato) tamponato ed un pH=9.4 ed acqua q.b. ad 1 grammo. L'applicazione sul sito chirurgico dell'EMLA con bendaggio occlusivo, per 45-60 minuti prima dell'incisione chirurgica, garantisce un effetto analgesico valido che permette di effettuare interventi di

chirurgia minore così come il posizionamento di una via venosa nei pazienti pediatrici.

TECNICHE REGIONALI

Le tecniche regionali offrono il grande vantaggio di evitare l'anestesia generale che in altri termini significa ridurre i rischi di: nausea e/o vomito postoperatorio, di polmonite da aspirazione, degli effetti collaterali della intubazione oro tracheale (IOT), oltre alla notevole riduzione del tempo di recupero successivo all'A.G. ed alla copertura analgesica del primo periodo postoperatorio.

L'analgesia subaracnoidea - È utile per gli interventi urologici, proctologici, agli arti inferiori e per le emiorrafie. I pazienti devono recuperare completamente le capacità sensorie e motorie prima della dimissione, ma talvolta, il protrarsi del blocco simpatico può inficiarne il successo. Resta la problematica relativa alla cefalea post-puntura lombare: in pazienti di età superiore ai 60 anni utilizzando aghi sottili (26-28 G), ed eventualmente in via preventiva idratazione e farmaci analgesici non steroidei, sembra essere ridotta l'incidenza di cefalea postoperatoria. Comunque, se da un lato esiste la relativa semplicità della metodica da effettuare (puntura con fuoriuscita di liquor), dall'altro esiste la spada di Damocle dell'eventuale cefalea che può essere di per sé causa di disagio, anche protratto nel tempo.

Con *l'analgesia epidurale* è possibile eseguire tutte le procedure chirurgiche descritte per l'analgesia subaracnoidea. Anestetici locali con rapido onset (5'-15') e a breve e media durata d'azione (45'-60') quali lidocaina, mepivacaina e tra breve tempo anche la Ropivacaina sono perfettamente adattabili alla maggior parte degli interventi chirurgici per outpatient. L'uso di bupivacaina prolunga l'onset e la durata d'azione. La scelta oculata del tipo di A.L., l'associazione di un vasocostrittore, l'eventuale posizionamento di un catetere peridurale permettono di soddisfare tutte le esigenze intraoperatorie e dell'immediato postoperatorio fino ad una analgesia completa di 24h. La scelta migliore resta comunque la lidocaina e/o mepivacaina con inserimento di un catetere peridurale. Con questa metodica, ottimo è l'onset e la durata d'azione, scarsa è la miolisi, rapida la ripresa della deambulazione, della peristalsi e quindi della alimentazione spontanea. Risulta difficoltosa a volte la minzione sia per azione

diretta sullo sfintere che per la negativa interferenza che un elevato apporto idrico può effettuare distendendo eccessivamente la vescica. *Blocco regionale endovenoso* secondo Bier - E' una tecnica semplice da effettuare per interventi superficiali limitati ad una estremità, sia superiore che inferiore. Utile è l'uso di un doppio tourniquet per diminuire il dolore del tourniquet stesso. E' ben adattabile ai bambini e se è richiesta un'analgesia più prolungata o profonda, come nel caso degli arti superiori, utile può essere un blocco regionale del plesso brachiale.

Blocchi nervosi periferici sono utilizzati anche per la chirurgia degli arti inferiori, mediante il blocco "3 in 1" (femorale, otturatore e femoro-cutaneo laterale). Il blocco della caviglia è semplice ed efficace per la chirurgia del piede. Nei pazienti pediatrici un blocco regionale effettuato subito dopo l'induzione dell'A.G. riduce la richiesta intraoperatoria di farmaci (Blended Anesthesia) e permette una buona analgesia postoperatoria (anestesia caudale; blocco ileo-inguinale, ileo-ipogastrico per l'emiorrafia; blocco dorsale o ad anello sottocutaneo del pene per la fimosi; infiltrazione locale della ferita chirurgica con bupivacaina).

Particolare attenzione infine meritano il blocco sciatico-femorale ed il blocco del plesso brachiale, sopraclaveare o interscaleno: il primo può provocare un prolungato blocco motorio alterando la deambulazione, il secondo può provocare, anche a distanza di ore, un pneumotorace.

ANESTESIA GENERALE

L'abilità di condurre un'anestesia generale sicura ed efficace, con minimi effetti collaterali ed un risveglio rapido è difficile in un centro per outpatient surgery affollato. Nonostante ciò l'A.G. rimane la tecnica anestesologica più diffusa per questo tipo di chirurgia, per la sua popolarità tra i pazienti, i chirurghi e gli anestesisti. L'A.G. per la chirurgia ambulatoriale richiede gli stessi farmaci lo stesso monitoraggio e la stessa "rianimazione" della A.G. per la chirurgia tradizionale. Accurata deve rimanere l'anamnesi preoperatoria così come il "management" intra e postoperatorio.

Tra i farmaci classici utilizzati quali starter, oltre i diffusi tiopentale sodico e ketamina, oggi acquistano un posto di rilievo il midazolam e soprattutto il propofol, con il quale è possibile avere tempi di risveglio più rapidi degli altri farmaci. I vantaggi si moltiplicano se il propofol è

utilizzato in infusione continua per il mantenimento, associato ad una miscela inalatoria composta da N₂O:O₂.

Nei bambini resta l'alotano il migliore agente induttore fino all'inserimento di una linea venosa, (risolvibile anche con l'applicazione di EMLA) per poi proseguire con un A.G. standard. Per la miorsoluzione, se necessaria, il br. di vecuronio (Norcuron) ed il bes. di Atracurium (Tracrium), quali agenti a media durata d'azione, offrono condizioni di sicurezza e maneggevolezza che perfettamente si adattano all'ODS. La succinilcolina, con i problemi legati alle colinesterasi e con le mialgie post fascicolazione, ricopre un ruolo di secondo piano.

Per il mantenimento, quando non si utilizzi il propofol in infusione continua (i.c.), alla miscela inalatoria composta da N₂O:O₂ si può aggiungere isoflurane (0,8-1,5%) quale anestetico volatile alogenato. Rimane dubbia la responsabilità dell'N₂O su nausea e vomito postoperatori, forse più frequenti quando associato ad analgesici oppiacei. Non è consigliabile l'uso della NLA perché non offre la stessa rapida reversibilità dell'anestetico alogenato (isoflurane). Sono stati effettuati studi in cui si paragonavano isoflurane, enflurane ed alotano, ma i coefficienti di ripartizione e la pratica clinica vertono sempre a favore del primo dei tre.

Due nuovi alogenti sembrano offrire altri vantaggi: il sevoflurane ed il desflurane con una bassissima solubilità, si pongono come valida alternativa per l'outpatient surgery. Il sevoflurane non può essere utilizzato con la calce sodata perché degradato, quindi è somministrabile solo in circuiti aperti con alti consumi. La solubilità del desflurane, simile a quella del protossido d'azoto, permette un rapidissimo onset ed un altrettanto rapido recupero delle funzioni psicomotorie e cognitive, migliori di quello dell'isoflurane. Il desflurane, disponibile oggi in Italia, si offre come valida indicazione in quei centri in cui si debbano allestire "ex novo" vaporizzatori necessari per anestesia generale in ODS, non pesando a causa dell'elevato costo, qualora si debbano sostituire con altri già esistenti. Il desflurane è però irritante sulle vie aeree quindi non è utile per l'induzione né in pazienti pediatriche né negli adulti.

Nel caso di donne in gestazione è sconsigliato l'uso di alogenati e preferibile l'uso di propofol in i.c. per il mantenimento. Per quanto possibile somministrare basse dosi di oppiacei e/o neurolettici per evitare interferenze con il risveglio. Nel caso in cui sia necessaria la somministrazione di analgesici oppiacei, l'alfentanil è da preferire per

la sua breve emivita di eliminazione, seguito dal fentanyl. Evitare morfina e meperidina per la loro più lunga durata d'azione. Alla fine dell'intervento chirurgico è consigliabile sempre antagonizzare la residua miorelaxazione con neostigmina associata ad atropina. In caso di brivido al risveglio, utili sono bassi dosaggi di nefopam o clonidina. L'incidenza di sintomi postoperatori, tra i quali il più fastidioso è sicuramente il vomito, dipende da molti fattori: sesso (maggiore incidenza nelle donne), precedenti A.G., IOT e durata dell'intervento chirurgico.

Merita un approfondimento particolare il problema della nausea e del vomito postoperatorio, dal momento che insieme superano in percentuale tutte le altre cause legate all'anestesia, di ricovero post-ODS. Una storia di chinetosi, i cambiamenti improvvisi di postura, eccessivo dolore postoperatorio, somministrazione di oppioidi, obesità e tipo di chirurgia eseguita (oculistica, laparoscopia) sono tutti fattori che contribuiscono al vomito postoperatorio protratto. Utile a prevenire tale spiacevole effetto nei pazienti predisposti può essere l'uso di antiemetici, gastrocinetici, eseguire a loco-regionale di supporto, evitare l'uso di N₂O e oppioidi, muovere i pazienti delicatamente e risvegliarli lentamente. Tutti questi accorgimenti devono essere considerati mandatori negli interventi di chirurgia oculistica. In particolare anche nelle procedure laparoscopiche dove la CO₂ insufflata per la formazione del pneumoperitoneo viene assorbita e rapidamente va incontro alla trasformazione: $CO_2 + H_2O = HCO_3^- + H^+$ aumentando così le valenze acide che inducono un compenso da parte dell'organismo, che le elimina attraverso il vomito. L'ondansetron (Zofran) è il farmaco di scelta per prevenire e trattare il vomito postoperatorio, essendo stato ormai accuratamente studiato e largamente utilizzato con ottimi risultati.

La delicatezza della gestione intraoperatoria, l'accuratezza del monitoraggio non invasivo e la tempestività d'azione dell'anestesia restano i momenti fondamentali per il successo di una buona A.G. priva di complicanze, in regime di ODS. Infine un cenno di nota merita la maschera laringea che si offre quale ottimo presidio alternativo alla ventilazione spontanea, specialmente in pediatria, ed alle IOT nell'adulto, seppure con un lieve margine di rischio, legato a malposizionamento, rigurgito, vomito ed inalazione.

PEDIATRIA

Sono considerati ad alto rischio per la ODS alcuni tipi di patologie e per la precisione: bambini con bassi livelli di Hb e Hct che necessitano di ulteriori accertamenti prima di essere sottoposti ad anestesia in elezione; bambini con storia di RDS, i quali se sono stati sottoposti a V.M. necessitano di oltre un anno prima di raggiungere valori EGA normali e nessun sintomo respiratorio; bambini con broncopneumodisplasia (BPD), i quali devono essere considerati a rischio finchè esistono sintomi legati alla loro patologia base, inoltre i bambini affetti da BPD sembrano essere colpiti più frequentemente da "morte improvvisa"; prematuri e nati pretermine; bambini con gravi attacchi asmatici.

IN CONCLUSIONE

La dirminuzione effettiva dei costi con il rispetto assoluto delle condizioni di sicurezza hanno pennesso il divulgarsi, con successo, in senso orizzontale dei centri per ODS. In questo la componente anestesologica ha rivestito, riveste e rivestira' un ruolo essenziale collaborando con managers, chirurghi, personale infermieristico ed amministrativo al futuro ed alla diffusione di tale metodica nel nostro costume e nella nostra coltura.

BIBLIOGRAFIA

- Miller D. Ronald. Anesthesia. Third edition Churchill Livingstone Inc. 1994.
- Barash P.G., Cullen s F ~ Stoelting R.K. Clinical Anesthesia. J.B.Lippincott Company Philadelphia. 1993.
- 7. White P.F. Intemational Anesthesiology Clinios. Anesthesia for Ambulatory Surgery. Little Brown and Company, Boston. 1994, Vol 32 Number 3.

ERNIOPLASTICA: MATERIALE, STRUMENTARIO, TECNICHE OPERATORIE

IVANA BASSANI

I.P. Azienda Nicholas Green - Strumentista S. O.

Il raggiungimento di nuove tecniche chirurgiche ha contribuito alla realizzazione di un programma di DAY SURGERY per alcuni interventi.

Nel caso che tratteremo è necessario fare un confronto con le tecniche del passato al fine di dimostrare l'importante evoluzione.

Chirurgicamente le ernie venivano trattate in anestesia generale eseguendo la plastica di BASSINI che consiste nella legatura del sacco erniano e nella riparativa della parete del canale inguinale con punti staccati in seta (sutura non assorbibile), ancorando il primo punto sul periostio dell'osso pubico. La tenuta della plastica era strettamente legato allo stato di immobilizzazione temporanea post-operatoria del paziente il quale riferiva, una sintomatologia dolorosa dovuta alla sensazione di "TIRAGGIO", chirurgicamente spiegabile alla sutura interessante il periostio e i muscoli del canale inguinale.

Attualmente siamo in grado di trattare le ernie in regime di DAY SURGERY, eseguendo la tecnica secondo LICHENSTEIN che consiste nella chiusura della porta erniaria mediante l'apposizione di una rete di POLIPROPILENE. Ciò comporta una netta riduzione dei tempi di degenza che nel passato erano legati più alla sintomatologia dolorosa che all'intervento stesso. Poiché nel caso della tecnica LICHENSTEIN non vi è un impegno da parte delle strutture muscolari inguinali, il dolore si riduce al minimo, ed il paziente è in grado di potersi muovere autonomamente e di alimentarsi in quanto sottoposto ad anestesia locale.

Quanto sopra si possono rilevare dei dati fondamentali:

- riduzione del periodo di degenza;
- risparmio economico, in quanto il costo di un intervento eseguito in DAY SURGERY è 1\10 del costo dello stesso ricovero eseguito in regime di ricovero ordinario;
- notevole riduzione del rischio operatorio in quanto il paziente non viene sottoposto all'anestesia generale.

Il DAY SURGERY implica un maggior sforzo di pianificazione e di organizzazione ma senza dubbio sul piano umano è maggiormente gradito da parte del paziente, in quanto vede ridotto il tempo di ospedalizzazione, pur beneficiando di un regime assistenziale che lo fa sentire sufficientemente "protetto" dalla struttura ospedaliera senza che ciò lo sottragga del tutto dalla vita familiare e lavorativa.

E' strettamente importante il ruolo assistenziale dell'infermiere in un intervento di ernia inguinale nella ONE DAY SURGERY, che già inizia nella fase di preparazione del paziente all'intervento.

Infatti è necessario che questi arrivi al ricovero preparato dal punto di vista psicologico e pronto con tutti gli esami di routine richiesti dall'intervento che dovrà eseguire. L'infermiere quindi procederà con l'individuazione dei bisogni assistenziali e alla loro classificazione, si servirà di interventi di educazione sanitaria per rendere partecipe del piano di cura, sia il paziente stesso che i suoi familiari.

Inoltre deve fornire un'assistenza qualificata sia pre, che intra-operatoria, questa fase si rileva determinante per l'aspetto psicologico del paziente in quanto questi, nella ONE DAY SURGERY ha poco tempo per ambientarsi e per tanto può avere un impatto traumatico nel momento in cui entra nella sala operatoria. Quindi l'infermiere professionale deve saper trasmettere fiducia, sicurezza ad un paziente che ora "partecipa" all'intervento dato che si lavora in anestesia locale.

Concludendo, è doveroso fare un riferimento alla chirurgia pediatrica dove i vantaggi del DAY SURGERY sono più sentiti dal bambino e dai suoi genitori poiché si riduce lo stress psicologico derivante dal normale ricovero.

CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DEL COLON E RETTO

NICLA GRAZIANI

I.F.O. - Istituto Regina Elena - Roma

L'applicazione della LAPAROSCOPIA nelle patologie del COLON RETTO ha avuto

uno sviluppo notevole negli ultimi anni.

Questa tecnica viene utilizzata per interventi di:

- EMICOLECTOMIA DESTRA
- EMICOLECTOMIA SINISTRA
- RESEZIONE SEGMENTARIA DEL COLON
- RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO E AMPUTAZIONE ADDOMINO PERINEALE SECONDO MILES
- PROCTOCOLECTOMIA TOTALE

Per un qualsiasi intervento di chirurgia mininvasiva del COLON-RETTO, il personale infermieristico si trova ad organizzare e gestire una stanza operatoria dove sono presenti, oltre alle varie apparecchiature, il tavolo madre e il servitore provvisto di strumenti e materiali per una eventuale laparotomia, il tavolo madre laparoscopico e il relativo servitore.

Il servitore laparoscopico sarà provvisto, di strumenti chirurgici quali:

- Bisturi
- Forbice
- Crile
- Portaghi
- Divaricatore di Farabeuf
- Fissateli
- Pinze anatomiche e di strumenti laparoscopici che per praticità verranno suddivisi in S. TRANSITORI e S. FISSI.

(Dove per transitori si intendono tutti i materiali e gli strumenti che verranno posti sul tavolo operatorio e collegati alle diverse apparecchiature).

TRANSITORI

8. Ottica 30° (1)
9. Videocamera

10. Ago di Verres (1)
11. Tubi per pneumoperitoneo
12. Tubi di irrigazione e aspirazione
13. Cavi per la coagulazione
14. Tre quarti da 12 mm (4 - Tre quarti da 15 mm (1)
15. Canula irrigazione e aspirazione 5 mm

FISSI

16. Dissettore 5 mm (13 - Forbici 5 mm (1)
17. Pinze da presa atraumatica 5 mm (3)
18. Applicatore di clips 10 mm (1)
19. Suturatrice lineare da 30 mm (2)
20. Suturatrice lineare da 60 mm (1)
21. Divaricatore a branche multiple 10 mm (1)
22. Sospensore di parete

EMICOLECTOMIA DESTRA

Indicazione

Diverticolite, colite infiammatoria, emorragie, colite ischemica, poliposi, lesioni traumatiche e patologia neoplastica del colon destro in fase iniziale (T1-2) ad intervento radicale o in fase avanzata a finalità palliative.

Posizione del paziente

Il paziente viene posto sul tavolo operatorio in posizione supina con gli arti inferiori divaricati. Potrà essere necessario nel corso dell'intervento, lo spostamento in trendelemburg o anti-trendelemburg in lateralità sinistra.

Procedure pre-operatorie

Preparazione meccanica del colon. Posizione del catetere vescicale e del sondino nasogastrico. Tricotomia.

Tecnica chirurgica

- 1) Introduzione attraverso la parete addominale dell'ago di Verres.
- 2) Insufflare CO2 attraverso un tubo connesso all'ago di Verres (12-14 mmHg, 2 lt/min.)
- 3) Eventuale applicazione di un sospenditore di parete.
- 4) Inserimento dei trequarti.
- 5) Ispezione della cavità addominale.
- 6) Mobilizzazione del colon destro e dell'ultima ansa ileare.
- 7) Visualizzazione dell'uretere destro.
- 8) Mobilizzazione della flessura epatica e di parte del colon traverso.
- 9) Sezione tramite clips dei vasi ileocolici e colici destri.
- 10) Tramite suturatrice lineare sezione dei meseri.
- 11) Sezione dell'ultima ansa ileare con suturatrice lineare.
- 12) Confezionamento dell'anastomosi ileo-colica:

a) anastomosi extracorporea

- esecuzione di una laparotomia di 5-6 cm sul fianco destro o in sede mediana;

- il colon resecato si esteriorizza e si confeziona l'anastomosi ileocolica con suturatrice meccanica, a pressione (B.A.R.) o manuale.

b) anastomosi intracorporea

- l'anastomosi avviene all'interno dell'addome tramite una suturatrice meccanica lineare (30-60 mm);

- il colon resecato verrà esteriorizzato, dopo aver raccolto all'interno di un sacchetto di materiale plastico, attraverso una piccola laparotomia di servizio. .

- 13) Inserimento dei tubi di drenaggio.
- 14) Desufflazione dello pneumoperitoneo.
- 15) Rimozione dei trequarti.

EMICOLECTOMIA SINISTRA

Indicazioni

Patologia benigna del colon sinistro (malattia diverticolare, malattie infiammatorie croniche, poliposi) e patologia neoplastica del colon sinistro e del sigma.

Posizione del paziente

Il paziente viene posto sul tavolo operatorio in posizione litotomica. Il letto è in posizione di trendelenburg durante le fasi di preparazione e isolamento delle porzioni distali del colon sinistro e del sigma; verrà posto in anti-trendelenburg nella fase di preparazione della flessura splenica. La lateralità a destra sarà necessaria per gran parte dell'intervento.

Procedure preoperatorie

Preparazione meccanica del colon. Posizionamento del sondino naso-gastrico e del catetere vescicale. Tricotomia.

Tecnica chirurgica

- 1) Introduzione attraverso la parete addominale dell'ago di Verres.
- 2) Insufflazione CO₂ attraverso un tubo connesso all'ago di Verres (12-14 mmHg, 2 It/mm.)
- 3) Eventuale applicazione di un sospenditore di parete.
- 4) Inserimento dei tre quarti.
- 5) Spezione della cavità addominale.
- 6) Mobilizzazione del colon sinistro.
- 7) Visualizzazione dell'uretere di sinistra
- 8) Mobilizzazione della flessura splenica e di parte del colon trasverso.
- 9) Sezione tramite clips o con suturatrice lineare dell'arteria mesenterica inferiore all'origine
- 10) Sezione del colon con suturatrice lineare da 60 mm.
- 11) Esecuzione di una laparotomia di servizio di 5-6, cm praticata in fossa iliaca sinistra
- 12) Il colon resecato contenuto all'interno di un sacchetto, viene estratto.
- 13) Posizionamento sul moncone colico della testina dell'EEA.
- 14) Reintroduzione in cavità addominale del colon e della testina.
- 15) Chiusura della laparotomia di servizio a strati.
- 16) Reintroduzione del pneumoperitoneo.

17) Confezionamento dell'anastomosi colo-rettale intraperitoneale con suturatrice

EEA sec. Knigth-Griffen.

18) Inserimento dei tubi di drenaggio.

19) Desufflazione dello pneumoperitoneo.

20) Rimozione dei trequarti.

RESEZIONE SEGMENTARIA

Indicazioni

Le resezioni segmentarie del colon trovano indicazione nelle patologie benigne come i polipi di grosse dimensioni, non peduncolati o comunque non asportabili endoscopicamente, le perforazioni coliche, le angioidisplasie, la patologia diverticolare, o come intervento palliativo nelle stenosi da neoplasie in stadi avanzati.

Posizionamento del paziente

Analogamente all'emicolecomia destra o sinistra a seconda del lato interessato. Nelle resezioni segmentarie del colon trasverso il paziente sarà posizionato in anti-trendelemburg.

Procedure preoperatorie

Analoghe alle precedenti.

Tecnica chirurgica

1-5) Tempi operatori analoghi alle precedenti.

6) Mobilizzazione del segmento colico interessato.

7) Legatura e sezione dei mesenterici attraverso suturatrice lineare e sezione tra clips.

8) Sezione colica e confezionamento dell'anastomosi colo-colica: intracorporea con suturatrice lineare o extracorporea con suturatrice lineare o a pressione (B.A.R.).

9) Inserimento dei tubi di drenaggio.

10) Desufflazione dello pneumoperitoneo

11) Rimozione dei trequarti.

RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO E AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES

Indicazione

L'amputazione addomino-perineale è indicata nelle neoplasie del retto ultrabasso, del canale anale e nell'ano.

Posizionamento del paziente

Analoga alla precedente.

Procedure preoperatorie

Analoghe alle precedenti.

Tecnica chirurgica

- 1-9) Tempi operatori analoghi all'emicolectomia sinistra.
- 10) Mobilizzazione del colon verso lo scavo pelvico fino al piano dei muscoli elevatori.

"Resezione anteriore "

- 11) Sezione con suturatrice lineare del retto.
- 12) Esteriorizzazione del pezzo anatomico attraverso una laparotomia di 5-6 cm;
sezione del colon con esecuzione di una borsa di tabacco sulla trancia di sezione ed inserimento della testina dell'EEA.
- 13) Confezionamento dell'anastomosi secondo la tecnica di Knigh-Griffen con EEA
28031.

"Amputazione addomino-perineale sec. Miles"

- 11) Sezione con suturatrice lineare del tratto prossimale del colon.
- 12) Tempo chirurgico perineale.
- 13) Confezionamento di una colostomia definitiva.
- 14) Posizionamento dei tubi di drenaggio.
- 15) Rimozione dei tre quarti.

PROCTOCOLECTOMIA TOTALE

Indicazioni

L'asportazione del colon e del retto, fino alla linea pettinata è indicata nei casi di colite ulcerosa resistente alla terapia medica e nei casi di poliposi familiare.

Posizionamento del paziente

La posizione varia durante le fasi dell'intervento.

Procedura preoperatoria

Analoghi alle precedenti.

Tecnica chirurgica

- 1-5) Tecnica operatoria analoghi alle precedenti.
- 6) Mobilizzazione del colon sinistro.
- 7) Mobilizzazione del trasverso e del colon destro.
- 8) Mobilizzazione del retto.

"Fase perianale "

- 9) Mucosectomia del canale anale.
- 10) Esteriorizzazione del colon liberato dal perineo o da una laparotomia di servizio in fossa iliaca destra e confezionamento di reservoir ileare.
- 11) Confezionamento per via perianale dell'anastomosi ileoanale.
- 12) Digiunostomia escludente.
- 13) Posizionamento dei tubi di drenaggio.
- 14) Desufflazione della cavità addominale.
- 15) Rimozione dei tre quarti.

Dopo ogni intervento chirurgico, l'infermiere professionale deve provvedere al riordino e alla sterilizzazione del materiale e dello strumentario utilizzato; fatta eccezione di tutto il materiale monouso che dovrà essere eliminato perché non riutilizzabile.

VIDEOFORUM: CHIRURGIA DELLA MANO

DR. ENRICO MARGARITONDO

Clinica Chirurgica d'Urgenza e di Pronto Soccorso - Policlinico
Umberto I°

Direttore: Prof: S. Becelli

La chirurgia della mano e dell'arto superiore deve essere considerata una disciplina a se stante, vista la sua complessità e le problematiche assolutamente particolari che presenta sia in elezione che in urgenza. Essa richiede l'uso e la padronanza di tecniche, spesso altamente specialistiche, per il trattamento, la ricostruzione e la riparazione di strutture ossee, cutanee, articolari, nervose, vascolari e tendinee, con lo scopo del mantenimento ed il ripristino di funzioni di insostituibile importanza per l'individuo.

Questo tipo di chirurgia si presta in modo ideale per la "one day surgery" ed il trattamento ambulatoriale. L'utilizzo di tecniche anestetiche come le infiltrazioni locali, i blocchi nervosi tronculari o del plesso brachiale, la BIER (anestesia intravenosa periferica) consente di ricorrere alla degenza del paziente solo in casi particolari. E' comunque sempre d'obbligo una serie di esami di laboratorio dei valori ematici più significativi, oltre ad una Rx grafia del torace ed un elettrocardiogramma.

Lo strumentario comunemente impiegato non presenta in genere necessità molto particolari se non quella dell'utilizzo di strumenti corti (8 - 10 cm) e molto delicati: il chirurgo della mano opera di routine con l'ausilio di occhiali ad ingrandimento 2,5 - 3 X. Spesso, ad esempio con l'uso del microscopio operatorio, è necessario l'uso di un set di strumenti specifici per microchirurgia. E' da ricordare ancora come la maggior parte degli interventi vengano effettuati con l'arto in ischemia, il che rende necessario l'impiego di una fascia elastica ed un bracciale pneumatico, del quale va sempre controllata l'affidabilità e l'efficienza del manometro: pressioni troppo elevate possono causare lesioni nervose periferiche irreversibili.

Nel video vengono presentate alcune delle patologie d'elezione più comuni. La sindrome del tunnel carpale, causata dalla compressione del nervo mediano al polso, risolta con la sezione del legamento trasverso anteriore del carpo, nonché la tenosinoviectomia dei tendini flessori delle dita e la perinevriectomia del nervo mediano. Sono

mostrate sia la via d'accesso classica, più ampia, che la mini incisione al polso usata di norma dall'autore da molti anni. La malattia di Dupuytren, con la tipica contrattura in flessione di vario grado delle dita interessate, causata dalla neoformazione, con origine dalla aponeurosi palmare superficiale, di briglie connettivali al palmo della mano con estensioni digitali. La tecnica prevede l'isolamento e l'escissione delle briglie, previo riconoscimento ed isolamento dei fasci nerveo-vascolari, e la plastica cutanea con Z multiple. Infine viene mostrato un caso di tenosinovite degli estensori alla regione dorsale del polso ed al dorso della mano in un quadro di patologia artro-rcumatica, con effettuazione della tenosinoviectomia radicale e la ricostruzione del retmacolo degli estensori.

TRATTAMENTO DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI IN DAY SURGERY

L. GIOFFRE', S. VITALE

Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Istituto IV Clinica
Chirurgica Cattedra di Chirurgia Generale - (Dir. ProJ: Luigi Gioffrè)

I disturbi del circolo venoso degli arti inferiori rappresentano per la loro enorme diffusione una patologia di grande interesse sociale.

Marshall (Germania Occ.) riferisce nella popolazione tedesca in età lavorativa la presenza di una flebopatia nel 25% dei casi.

Uno studio di Arnoldi in Danimarca, rende noto che in quel paese il 15-29% degli abitanti al di sopra dei 25 anni, è affetto da varici.

Reale in l'Italia, in una sua ricerca presso l'INAM riferita al 1977 registra 70.963 casi di malattia conseguente a varici e complicanze con 2.330.552 giornate di assenza dal lavoro.

Studi recenti confermano che oltre i 45 anni una donna su 4 ed un uomo su 15 sono colpiti da disturbi del circolo venoso degli arti inferiori e che le flebopatie negli ultimi 20 anni sono triplicate; le ragioni di questo notevolissimo incremento vanno in parte ricercate nell'aumento del tempo che la popolazione passa in posizione seduta: al lavoro, in auto, di fronte a spettacoli televisivi ed ai computer, ed anche nell'aumento percentuale di situazioni di sovrappeso e di obesità nella civiltà occidentale, nell'aumento della patologia traumatica con conseguente immobilizzazione degli arti.

In questi ultimi 10 anni si è assistito ad una rivoluzione concettuale del trattamento della patologia varicosa degli arti inferiori.

I parziali insuccessi dello stripping sistematico delle safene e dell'indiscriminato utilizzo della scleroterapia in associazione o in alternativa alla terapia ablativa, hanno portato ad un momento di riflessione, seguito sia alla grande diffusione nella diagnostica flebologica del cw doppler, sia alle intuizioni di alcune scuole chirurgiche che evidenziavano l'importanza del fattore parietale nella genesi della malattia e hanno sottolineato il suo carattere evolutivo.

Oggi infatti la patologia varicosa, negli arti inferiori, viene considerata una affezione nella quale reflusso, alterazioni parietali e valvolari si presentano nel paziente in diversi stadi evolutivi e combinazioni patogenetiche diverse.

Parallelamente la tattica operatoria ha subito una rapida evoluzione diventando molto più complessa. L'impiego di nuove tecniche ablativistiche quali la flebectomia, o il ricorso a nuovi modelli emodinamici terapeutici come la CHIVA con il sempre maggior ricorso a tecniche di chirurgia ambulatoriale o in Day Surgery, hanno trasformato l'approccio terapeutico.

Infatti, all'atto chirurgico che viene eseguito in un certo stadio della evoluzione della malattia, "fotografata" dalla diagnostica emodinamica nel momento in cui il paziente si presenta all'osservazione clinica, non si chiede di debellare in un unico tempo e per sempre la malattia, ma di correggere il quadro emodinamico che presenta in quel momento il paziente, riconducendo il ritorno venoso alle condizioni più fisiologiche possibili.

Attualmente, nella terapia delle varici, lo stripping della safena, cioè la terapia ablativa eseguita in un unico tempo, nel modo più radicale possibile (e spesso associata a flebectomie, legature mirate delle perforanti incontinenti o scleroterapia delle collaterali nello stesso atto chirurgico) non viene più considerata di principio la sola terapia possibile.

Oggi è necessario come prima cosa studiare l'emodinamica del ritorno venoso complessivo all'arto inferiore (sia nel sistema venoso superficiale che in quello profondo) del paziente della cui alterazione le varici sono l'espressione clinica; tenendo conto altresì sia del carattere evolutivo della malattia, che del momento in cui il paziente è venuto all'osservazione.

L'indirizzo terapeutico dovrà tener conto di questi fattori stabilendo caso per caso il ricorso alle diverse tecniche ablativistiche ed emodinamiche in funzione anche dell'eventuale coinvolgimento o meno del circolo venoso profondo (C.V.P.) e dovrà tendere al ripristino di una emodinamica fisiologica attraverso una terapia mirata principalmente alla abolizione dei punti di fuga, sede iniziale dei riflessi cioè di quegli shunt-venovenosi legati al salto di compartimento del ritorno venoso, al fine di ripristinare l'unidirezionalità del flusso di ritorno.

Nel trattamento della patologia varicosa degli arti inferiori due realtà vanno tenute distinte: le varici e l'insufficienza venosa cronica.

Le varici sono flebectasie in cui all'aumento di calibro spesso si associa l'aumento della lunghezza del vaso con aspetto tortuoso di alcuni tratti più o meno estesi, associate ad un processo di atrofia parietale e insufficienza valvolare del tratto colpito in cui il flusso ha perso l'unidirezionalità fisiologica.

L'insufficienza venosa cronica è un insieme di situazioni cliniche che coinvolgono sia il macrocircolo che il microcircolo, sia il sistema venoso superficiale che profondo, anche se in percentuali e proporzioni diverse. Il termine, mutuato dalla fisiopatologia, indica le conseguenze cliniche (edema, dolore, varici, ulcere) di una riduzione del ritorno venoso degli arti inferiori, il cui elemento principale è rappresentato da un aumento persistente della pressione venosa (Belardi, Casolo, Florena, Gioffrè, Sciacca). Nella realtà clinica esistono situazioni estremamente diverse a seconda che lo stato ipertensivo si rifletta principalmente sul s.v. superficiale con la comparsa di varici, spesso anche oligosintomatiche, o sul s.v. profondo con la comparsa di una sintomatologia clinica dominata dall'edema e dal dolore, nella quale le varici fanno parte del quadro clinico, ma non lo dominano.

Con una certa frequenza poi esiste il coinvolgimento di entrambi i sistemi, superficiale e profondo, dando ai quadri clinici corrispondenti una particolare gravità ed evolutività per l'interessamento in vario grado della catena delle perforanti che mette in comunicazione i due sistemi.

Ed è stato proprio per tale coesistenza, in una non trascurabile percentuale di pazienti, che è stata necessaria una revisione fisiopatologica del problema della insufficienza venosa cronica (IVC) e di conseguenza del suo approccio terapeutico con la possibilità di opzionare in uno stesso quadro clinico diverse soluzioni chirurgiche. Le attuali direttive terapeutiche generali sono rappresentate dall'individuazione selettiva nel sistema superficiale dei punti di fuga, dalla necessità di interrompere i punti di reflusso più importanti sia del sistema safenico che extra safenico, e di procedere alla interruzione solo dei punti principali per la possibilità che hanno i secondari di ridursi o di sparire una volta non più attivati dai reflussi satelliti.

Il tono venoso recupera in pochi mesi, purché la parete della vena non sia già alterata nella sua componente muscolare. A questo proposito deve essere rilevata l'importanza della data d'inizio della malattia, che non deve superare i dieci anni (Nicolaidis e Belcaro).

E' essenziale oggi fare riferimento a diversi modelli emodinamici della IVC per la scelta fra tecniche di exeresi o emodinamiche. Tale possibilità riguarda ovviamente il trattamento solo della Ipertensione Venosa Cronica Superficiale, cioè il trattamento delle varici.

La scelta tra le tecniche di exeresi ed emodinamiche può essere così riassunta:

- 1) La chirurgia ablativa può essere eseguita in ogni caso in IVCS, dopo l'interruzione dei punti di fuga cioè dell'origine dei reflussi.
- 2) La chirurgia emodinamica ha precise indicazioni non sempre rilevabili in clinica.
- 3) Sono solo pochi i casi in cui la scelta fra i due indirizzi è legata alla discrezionalità dell'operatore.

A questo punto non essendo più lo stripping il solo trattamento delle varici dell'arto inferiore, la terapia chirurgica deve essere programmata da una équipe di specialisti che valuti caso per caso il ricorso a diverse tecniche anche in tempi diversi. E' pertanto necessario che la chirurgia delle varici esca dalla routine della chirurgia generale, non essendo più giustificabile un numero così elevato di insuccessi terapeutici in una patologia che ha l'unico difetto, sotto questo profilo, di non essere letale.

Riteniamo pertanto di particolare interesse, questa nuova visione del trattamento delle varici che sta prendendo in questi ultimi anni l'awio in tutto il mondo: una esperienza chirurgica che si maturi proprio attraverso i suddetti principi generali e che rinunci di principio al concetto di radicalità, accettando l'intervento in più tempi, il ricorso ad una logica ambulatoriale, l'impiego di tecniche quali la fleblectomia che tengano conto anche dei risultati estetici, e ricorre dopo crosssectomia ed interruzione dei punti di fuga principali alla satenectomia solo nei casi in cui il quadro emodinamico non appare corretto completamente dalla precedente terapia ablativa dei reflussi parziali.

BIBLIOGRAFIA

- Belcaro G. et al.: Plication of the saphenofemoral junction. An alternative to ligation. Actes du X^e Congrès Mondial Union Internazionale di Phlebologie. Vol. II, Strasburgo, 1989: 990-1.
- Bergan-Yao: Malattie delle vene. Ed. R. Pharma, 1992.
- Camilli S.: Recenti osservazioni sulla patogenesi emodinamica delle varici degli arti. In: Atti 6° Congr. Soc. It. Flebol. Clin. Speriment. Bologna: Monduzzi ed. 1989: 47-54.
- Camilli S.: Modelli emodinamici del reflusso venoso. Minerva Angiol. 1992, Suppl. 4 n. 3: 59-62.
- Corcos L., Procacci L., Romeo V., Peruzzi G.P.: Il ruolo delle satene nel ritorno venoso. Minerva Angiol. 1992: 17: 175-82.

- Corcos L. et al.: Risultati a due anni della valvuloplastica safeno-femorale. *Flebologia* 1990; I: 25-29.
- Corcos L. et al.: La valvuloplastica esterna della giunzione safeno-femorale. *Flebologia* (in corso di pubblicazione).
- Corcos L. et al.: Clinical application of pathology histology in phlebology 12 years of experience XXVI World Congress of the International College of Surgeons. Milano 1988.
- Corcos L. et al.: Risultati e considerazioni a distanza di tre anni nella chirurgia conservativa e riparativa delle varici primitive degli arti inferiori. *Flebologia* (in corso di pubblicazione).
- Consiglio I. et al.: Risultati della chirurgia emodinamica conservativa delle varici (C.E.C.). Valutazione della pressione venosa dell'arto operato con il flebodinamometro di Varah. *Flebologia* 1990;I,41-4
- Franceschi C.: Theorie et pratique de la cure conservatrice et emodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatorio. Parigi, ed. De l'Armacon, 1988.
- Giofrè L.: Fisiopatologia e clinica delle varici. 90° Congresso Naz. S.I.C. Roma 23-27 ottobre 1988: 9-16.
- Hanrahan I.M., Kecejian G.J., Cordts P.R. et al.: Pattern of venous insufficiency in patients with varicose veins. *Arch. Surg.* 1991; 126:687.
- Lawrence M., Hanrahan M.D., Gregory K., Kecejian M.D., Paul R. Cordts, M.D., Agustin A., Rodriguez M.D., Clifford A. Araki, Wayne W., La Morte M.D., Ph.D., James O. Menzoian, M.D.: Patterns of Venous Insufficiency in Patients With Varicose Veins. *Arch. Surg.*, Vol. 126, June 1991.
- Mancini S.: La plastique externe de la valvule periostiale avec Fascia Cibrosa. Une nouvelle technique chirurgicale pour la correction de l'insuffisance de la crosse safeno-femorale. Actes du X Congr. Mondial Union Internationale de Phlebologie. Vol. II, Strasburgo 1989: 987-89.
- Morano J.U., Seshadri Raju: Chronic Venous Insufficiency: Assessment with Descending Venography. *Radiology* 1990; 174: 441-44.
- Muller H.A.: Morphological and functional examinations in patients with muscle vein insufficiency. Actes du X Congr Mondial Union Internationale de Phlebologie. Vol. I, Strasburgo 1989: 80-3.
- Raju: Valve reconstruction procedures for chronic venous insufficiency. *Semin. Vasc. Surg.* 1988,1:106.

- Raju-Fredericks: Evaluation of methods for detecting venous reflux. Perspectives in venous insufficiency. Arch. Surg., 1990.
- Rinieri J., Melliere D.: Theories et pratique de la cure hemodynamique de l'insuffisance veineuse profonde, par devalvulation phlebologic, 1992: 45, 387.
- Taeri S.A.: Veinvalvetransplantation. Am. J. Surg.1988: 150: 201-2.
- 23. Van Bemmelen et al.: Quantitative segmental evaluation of venous valvular reflux with duplex ultrasound scanning. J. Vasc. Surg.1989,10: 425-31.

CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE IN ONE DAY SURGERY PROBLEMATICHE INFERMIERISTICHE

G. P RAUSO

I.P - C.O. Ospedale "S. Pertini"-Roma

PROBLEMATICHE

Le patologie chirurgiche vascolari che oggi stiamo trattando come abbiamo visto colpiscono un buon numero della popolazione.

Le arteriopatie periferiche sono ancora uno spauracchio per i pazienti che sono affetti, vuoi perché non esiste una corretta informazione, vuoi perché c'è il ricordo del passato in cui spesso solo la terapia medica era insufficiente e quindi come i colleghi più anziani ricorderanno i pazienti arrivavano sul letto operatorio solo per essere amputati.

Sono soggetti particolari, molto sensibili e neurolabili, pazienti che soffrono molto.

E compito dell'Infermiere informarli perché per loro oggi si sono aperte nuove strade, la chirurgia vascolare ha fatto passi da giganti con notevole successo e soprattutto con tecniche mini invasive.

È importante che il paziente venga coinvolto nella cura chirurgica a cui si sta sottoponendo, affinché possa adottare dopo le dimissioni un sistema di vita che lo aiuti a non incorrere, per quanto è possibile, nella malattia.

E opportuno consigliare al paziente un'accurata pulizia delle estremità.

- la pelle deve essere pulita ed asciutta;
- deve evitare di ferirsi;
- evitare il caldo ed il freddo;
- evitare compressioni e strozzamenti.

L'Infermiere per il trattamento endovascolare per angioplastica prepara varie misure di cateteri dilatatori con rubinetto che permettono sia di perforare soluzioni fisiologiche e sia di iniettare mezzo di contrasto. È opportuno preparare cateteri di Fogarty.

Oggi la chirurgia endovascolare sta mettendo a punto nuove tecniche per prevenire e trattare le complicazioni.

Una di queste tecniche nuove è la Luce Laser, che convogliata in fibre ottiche crea un canale nella placca aterosclerotica e permette così l'introduzione di un catere standard.

Un altro uso del Laser in angioplastica è il palloncino Laser. Le fibre ottiche che sono inglobate nel dilatatore, irradiano energia durante il gonfiaggio dell'angioplastica tradizionale provocando una fusione termica che forma uno stent fisiologico.

Sono stati ideati anche degli aterotomi che rimuovono la placca aterosclerotica senza causare embolie.

Nel post operatorio si controllerà se l'arto trattato sarà più pallido e più freddo del controlaterale.

E' compito anche dell'Infermiere sentire ed apprezzare la poplitea e la dorsale del piede per quanto concerne l'arto inferiore; per quello superiore si palperà l'arteria radiale e quella carotidea.

Perché è sempre più tecnico ed iperspecializzato, l'I.P. oggi è in grado di riconoscere le patologie, le tecniche chirurgiche, sa affrontare i problemi psicologici del paziente perché più attento meno polivalente che in passato.

Un grazie va a questa nuova conoscenza dell'Infermiere.

Siamo arrivati a questi successi grazie ai Dottori Dotter e Judkins che nel 1964 eseguirono la prima angioplastica percutanea usando dei dilatatori da introdurre di calibro sempre maggiore per aumentare il volume del vaso.

Dico grazie ai nostri Professori che si sono continuamente aggiornati e che hanno messo a punto nuove tecniche.

Grazie agli Anestesisti che con nuovi farmaci, con nuove metodiche riescono a fare operare pazienti anche con gravi patologie.

Ringrazio il Radiologo che per una buona riuscita dell'intenento di angioplastica ha un ruolo determinante.

Il paziente che si sottopone ad intervento per Varici oggi è più sereno; viene posto sul letto operatorio in decubito dorsale con gambe divaricate in posizione di Trendelemburg.

Lo strumento basilare in questo intervento è lo stripper.

Ne ho portato tre diversi tipi:

- uno in metallo (acciaio) poliuso,
- uno con componenti in naylon
- uno in policarbonato in plastica.

Tutti e tre sono rilevabili ai raggi X.

Sono formati da un cavetto lungo circa un metro, tre olive di diverso calibro ed un manico.

Il bendaggio di tutto l'arto conclude l'intervento

Anche io ho concluso, grazie a tutti.

I SISTEMI VENOSI TOTALMENTE IMPIANTABILI: INDICAZIONI, TECNICA DI IMPIANTO, GESTIONE

PF. SALVI

Università degli Studi di Roma "La Sapienza "
Istituto di Clinica Chirurgica d'Urgenza e di Pronto Soccorso
Direttore: Prof. Silvano Becelli

I dispositivi venosi sistemici totalmente impiantabili sono sempre più diffusi e rappresentano attualmente la migliore soluzione per l'approccio terapeutico ai pazienti che necessitano di terapia infusionale a lungo termine (neoplasie, AIDS conclamato, insufficienza renale cronica, etc.). L'ottimizzazione dei materiali ed il rispetto di una tecnica ormai standardizzata consentono oggi il posizionamento di tali dispositivi con rapidità e sicurezza, con dimissione giornaliera del paziente. Pur tuttavia è un intervento che necessita di essere eseguito in sala operatoria per l'esigenza di una monitoraggio ecografica continua, della disponibilità di un amplificatore di brillantezza per verificare in radioscopia il corretto posizionamento del catetere, ed infine per il rispetto assoluto delle norme di asepsi.

Presso il nostro Istituto sono stati posizionati, dall'Aprile 1992 al Febbraio 1996, 101 sistemi venosi sistemici totalmente impiantabili per le seguenti patologie: neoplasie del polmone (12 casi), mammella (23), colon-retto (16), stomaco (4), pancreas (6), fegato e vie biliari (7), rene (9), tessuti molli (9), ovaio e vagina (5), testicoli e pene (4) e rispettivamente 1 caso per neoplasie dell'esofago, omento, timo, laringe, ghiandole salivari e fossa nasale. L'età media è stata di 53.4 anni con un range da 17 a 73, con un rapporto tra sesso femminile e maschile di 1.4 (rispettivamente 59 e 42). Sono stati impiantati 7 sistemi a 2 vie con 2 camere di infusione, dispositivi che vengono particolarmente utilizzati per la terapia dei sarcomi. Le complicanze, tutte minori, si sono verificate per ematoma (2 casi) infezione della tasca per stravasato di chemioterapico (2 casi), ostruzione definitiva del catetere (2 casi), questi ultimi risolti con la rimozione e sostituzione del sistema. Nel video viene mostrata la tecnica di impianto in un paziente portatore di laringostomia, utilizzando per via di accesso la puntura percutanea della vena succlava sinistra, previa infiltrazione

con anestesia locale e Rx-scopia intraoperatoria per la verifica del buon posizionamento del catetere.

APPENDICE
REGOLAMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA CHIRURGICA
A CICLO DIURNO

a cura dell'

AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

**PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE DEGLI
INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE
INTERVENTISTICHE DIAGNOSTICHE E/O
TERAPEUTICHE DA EFFETTUARE IN REGIME DI
ASSISTENZA CHIRURGICA A CICLO DIURNO (1)
(1) Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali.**

Introduzione

Di seguito saranno descritte le tre relazioni prodotte dalle Sezioni del Consiglio Superiore di Sanità, nominate nei trienni 1991/93 e 1994/96, relative alla regolamentazione delle attività chirurgiche erogate in regime diurno.

Il primo documento, elaborato dal Consiglio Superiore di Sanità nel 1992, era così titolato: «Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in qualsiasi ambulatorio, in ambulatori protetti oppure in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno/day surgery)».

Nel documento erano state distinte le attività di chirurgia ambulatoriale da quelle di chirurgia di giorno (day surgery) ed erano state delimitate, seppure in modo generale, le caratteristiche delle strutture nelle quali esse potevano essere effettuate. In particolare, era emerso il concetto che «tali modelli assistenziali non debbono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale ed i pazienti, opportunamente selezionati, possono essere avviati a tali trattamenti preventivamente informati sul tipo di intervento e/o procedura ai quali sono sottoposti, sottoscrivendo il consenso informato».

Inoltre, nel documento sono stati riportati altri punti fondamentali che riguardavano:

- la emanazione di liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive effettuabili in chirurgia ambulatoriale e in day surgery, distinte per specialità, anche se con carattere indicativo ed esemplificativo;
- la descrizione di alcuni requisiti per l'esercizio di tali attività, anche da parte di strutture private autorizzate;

- l'istituzione di un registro apposito nel quale fossero riportati i nominativi degli operatori, la procedura eseguita e le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate;
- la stesura di una relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al momento della dimissione nella quale fossero riportati, tra gli altri, i consigli terapeutici proposti.

La relazione non fu, però, approvata dal Consiglio per la sopravvenuta scadenza del triennio di nomina.

Il secondo documento, del 1995, dal titolo: «Interventi di chirurgia in ambito ambulatoriale», si riferisce al parere del Consiglio Superiore di Sanità 1994/96.

In questo secondo documento, rispetto al precedente, sono evidenti talune importanti differenze che possono essere così sintetizzate:

- il titolo della relazione è stato limitato alla sola chirurgia ambulatoriale, comprendendo con tale termine anche le attività di chirurgia di giorno/day surgery, che erano state, invece, distinte nella precedente relazione;
- non è stata inclusa la possibilità del pernottamento tra le possibilità operative;
- non è stata prevista la possibilità per le strutture autonome operanti lontano da ospedali o case di cura di effettuare tali attività;
- le liste di interventi o procedure esemplificative non sono state riportate.

Nello stesso anno, il Consiglio Superiore di Sanità ha modificato ulteriormente tale documento titolando: «Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare ambulatorialmente o in regime di assistenza a ciclo diurno, in anestesia locale, locoregionale o generale (chirurgia di giorno)».

Questo terzo documento non si differenzia sostanzialmente dal precedente, anche se contiene alcuni chiarimenti importanti su aspetti specifici del problema.

Rispetto alle caratteristiche delle strutture che possono svolgere tali attività, viene rilevato, infatti, che «una struttura nella quale vengono eseguiti veri e propri atti operatori, alcuni anche in anestesia generale, deve essere necessariamente collegata con un ospedale o casa di cura, sia da un punto di vista funzionale che formale».

Per quanto riguarda il pernottamento, invece, si riporta che esso non è da ritenersi «connaturale alle attività della chirurgia di giorno».

Inoltre, nel documento sono state riportate raccomandazioni specifiche sulla scelta del personale cui affidare tale attività: «sia il personale infermieristico sia quello medico dovrebbe possedere una sufficiente maturità ed anzianità professionale. Le attività del chirurgo e/o dell'anestesia più giovane, inoltre, dovrebbero essere sempre svolte sotto la costante e personale supervisione di colleghi di comprovata esperienza».

Infine, nel documento è stata riportata la lista degli intendenti chirurgici, distinti per specialità, anche se la Sezione del Consiglio Superiore di Sanità ha raccomandato di restringere il significato ad un puro senso indicativo, analogamente a quanto già indicato nel primo documento.

PREMESSE SCIENTIFICHE ED ORGANIZZATIVE

Tale parte del documento è stata articolata con particolare riguardo ai seguenti aspetti:

- 3.1 la definizione di chirurgia ambulatoriale e di chirurgia di giorno/day surgery;
- 3.2 l'eventuale pernottamento e la sorveglianza postoperatoria;
- 3.3 i modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
- 3.4 le liste degli intendenti praticabili (Allegato);
- D) i rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

3.1 Definizione

Appare senza dubbio importante e chiarificatrice la distinzione che è stata operata già in sede di primo parere dal Consiglio superiore di Sanità tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno/day surgery, distinguendo i due tipi di attività.

- Si precisa che con il primo termine «CHIRURGIA AMBULATORIALE» si intende «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici, ambulatori od ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesica»,

Talune procedure possono essere effettuate esclusivamente in ambulatori protetti, come tali intendendo quegli ambulatori compresi all'interno di ospedali o Case di cura.

Con il termine «CHIRURGIA DI GIORNO/DAY SURGERY», si intende, invece, «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale».

Rispetto alla prima definizione proposta dal Consiglio Superiore di Sanità, è stato introdotto anche lo studio medico tra le strutture presso le quali possono essere effettuati alcuni interventi minori, mentre nella seconda definizione si propone di sostituire la frase «in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno» con la frase «in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno», in quanto il ciclo diurno si riferisce alle 24 ore e comprende, quindi, anche il pernottamento.

La distinzione tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno/day surgery consente di meglio chiarire anche quanto espresso nel Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996 al punto 4D, ove è citata la possibilità di avviare «sperimentazioni mirate su aspetti specifici, quali ad esempio gli interventi di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza, già largamente sperimentate in altri paesi per una pluralità di patologie chirurgiche».

Tali ultimi due termini, infatti, avrebbero potuto ingenerare confusione tra i medici che avrebbero potuto interpretarli come la possibilità di effettuare atti chirurgici, senza le adeguate garanzie, presso i propri studi od ambulatori, mentre si tratta di attività che richiedono una sorveglianza specifica all'interno di strutture per le quali siano definite norme e caratteristiche, alle quali si farà riferimento nell'Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsto all'articolo 8 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

3.2 Pernottamento e sorveglianza postoperatoria

Per quanto riguarda il pernottamento si riportano le seguenti considerazioni:

- si sottolinea, innanzitutto, l'importanza dello stesso per quegli atti chirurgici, come ad esempio le adenotonsillectomie, gravati da più frequenti complicanze (sanguinamento) e per i quali è richiesto un periodo di sorveglianza postoperatoria superiore alle 2-3 ore; infatti, in molti Paesi europei, dove la chirurgia di giorno è particolarmente diffusa, tali interventi sono effettuati con un ricovero ospedaliero della durata complessiva di 24 ore;
- la possibilità di ricorrere al pernottamento appare, inoltre, fondamentale per quegli atti chirurgici che rispondono ai requisiti della minima invasività, condotti prevalentemente per via laparoscopica, toracoscopica ed endoscopica su pazienti accuratamente selezionati ai quali, ove non si renda necessario il ricovero tradizionale, è necessario garantire un periodo di osservazione postoperatorio adeguato;
- l'eventuale pernottamento consentirebbe di allargare il numero di interventi chirurgici :flettibili in tale regime assistenziale garantendo, quindi, il più sicuro trasferimento a tale modello assistenziale di una sempre maggiore quota di patologie;
- l'eventuale pernottamento consentirebbe, infine, di offrire l'opportunità di tale trattamento anche a pazienti il cui luogo di residenza è lontano dalla sede di ricovero, ove non esista la possibilità di alloggio nelle vicinanze della struttura stessa.

3.3 Modelli organizzativi e sedi di attuazione

Prima di passare alla descrizione dei diversi modelli organizzativi nei quali si articolano le attività chirurgiche erogate in regime diurno, appare utile offrire, seppure sommariamente, un quadro della situazione a livello mondiale e, quindi, italiano, che consenta di comprendere, tra l'altro, quanto attuato e raggiunto in questo settore negli ultimi anni.

La situazione nel mondo ed in Italia

a) La chirurgia ambulatoriale

Le attività chirurgiche svolte negli ambulatori vengono denominate, negli USA, «Office based ambulatory surgery» e comprendono, soprattutto, le cure odontoiatriche, la chirurgia flebologica, la

chirurgia plastica minore, ma anche quella generale, ed in particolare, la chirurgia delle ernie, del varicocele, etc.

Anche in Germania tale modello organizzativo è diffuso seppure limitatamente alle cure odontoiatriche ed alla flebologia. Di fatto, la tendenza nel mondo, ad eccezione per gli USA, è quella di limitare l'esecuzione di interventi nelle strutture ambulatoriali.

b) *La day surgery*

Negli Stati Uniti, ove circa il 60% di tutta la chirurgia viene effettuato in regime di assistenza diurna, la day surgery è svolta nelle seguenti strutture:

- 1) Unità autonome dedicate (Freestanding Units),
- 2) Unità di degenza dedicate mono o multidisciplinari (Outpatients Departements),
- 3) Studi medici od ambulatori (Off'ce-based ambulatory surgery).

In Canada la day surgery (50% di tutta la chirurgia) è svolta in:

- 1) Unità autonome dedicate, 2) Unità di degenza dedicate mono o multidisciplinari,

La day surgery, in questo Paese, è svolta quasi esclusivamente nel settore pubblico anche se, negli ultimi anni, sono in aumento le unità autonome private.

In Inghilterra, la day surgery è svolta quasi esclusivamente nel settore pubblico, in ambito ospedaliero, in:

- 1) Unità autonome dedicate,
- 2) Unità di degenza dedicate mono o multidisciplinari.

Circa l'85% dei Distretti in Inghilterra possiede una Unità dedicata di Day surgery e per l'anno 2000 è previsto il trasferimento del 50% di tutti gli interventi chirurgici in tale regime assistenziale. A tale scopo, il Governo ha stanziato, nel 1993, oltre 60 milioni di sterline.

In Germania, la day surgery è effettuata quasi esclusivamente nel settore privato convenzionato in:

- 1) Unità autonome dedicate,

2) Studi medici od ambulatori (Office-based ambulatory surgery).
Nelle 1500 Unità private convenzionate presenti nel Paese, nel 1994, sono stati effettuati oltre 3.200.000 interventi chirurgici in regime di day surgery, pari al 20% del totale nazionale, mentre nel settore pubblico ospedaliero ne sono stati effettuati circa 12.000.

In Francia, la day surgery viene effettuata prevalentemente nel settore privato convenzionato all'interno di:

- 1) Unità di degenza dedicate,
- 2) Posti letto dedicati.

Nel settore pubblico, la day surgery è effettuata in misura minore in:

- 1) Unità autonome dedicate,
- 2) Unità di degenza dedicate mono o multidisciplinari,
- 3) Posti letto dedicati.

Le Unità autonome dedicate non sono autorizzate nel settore privato non convenzionato. Una apposita legislazione, emanata nel 1992 per la regolamentazione di tali attività stabilisce le norme e le caratteristiche delle strutture presso le quali è erogata tale tipo di assistenza, nonché l'obbligo di dismettere 2,5 posti letto di chirurgia tradizionale ogni posto letto di chirurgia di giorno individuato. La conseguenza di tali provvedimenti è stata, di fatto, la trasformazione di molte Case di cura chirurgiche convenzionate in strutture nelle quali sono garantite prevalentemente, anche se non esclusivamente, prestazioni diurne.

In Italia, sia pure in mancanza di regolamentazione, la day surgery si è sviluppata soprattutto negli ambulatori ed in posti letto dedicati, mentre, nel settore privato, è svolta in Unità autonome ed ambulatori.

Modelli organizzativi

Dalla descrizione delle esperienze effettuate nei Paesi dove la day surgery è più diffusa, emergono tre possibili modelli organizzativi, e cioè:

- 1) l'Unità autonoma di day surgery sia dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi, indipendenti;
- 2) l'Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare esclusivamente

dedicata ai costi di chirurgia di giorno;
3) i posti letto dedicati all'interno della degenza ordinaria.
Tali modelli saranno di seguito dettagliatamente descritti.

1. Unità autonome di day surgery

Le Unità autonome di day surgery sono indipendenti dal punto di vista strutturale,

amministrativo e gestionale con una organizzazione specifica e sono dotate di propri ambienti, mezzi e personale.

L'istituzione di una Unità autonoma può essere prevista per ospedali nei quali il volume/anno di interventi chirurgici sia elevato. Secondo il Royal College of Surgeons of England, in un ospedale che pratici 12.000 interventi chirurgici l'anno, una Unità autonoma di 20 posti letto, dotata di due sole operatorie e funzionante per 240 giorni l'anno, con un indice di occupazione dell'80%, potrebbe garantire il trattamento di 3840 casi. Nel nostro Paese, numerosi potrebbero essere gli ospedali con un volume di attività tale da fare prevedere, nel prossimo futuro, la creazione di Unità autonome nelle quali avviare gli interventi da praticare in regime di day surgery.

Negli USA, Australia, Canada, Germania e Svizzera, sono molte le Unità autonome private che operano secondo i medesimi requisiti del settore pubblico. Generalmente, tali Unità, di dimensioni ridotte rispetto a quelle pubbliche, sono autorizzate per un volume minimo di 600-750 interventi annui.

2. Unità di degenza dedicate

Le Unità di degenza dedicate possono avere carattere mono o multidisciplinare ed essere dotate di sale operatorie indipendenti e, quando possibile, adiacenti la degenza ordinaria; in alternativa possono essere utilizzate le sale operatorie centrali dell'ospedale o della Casa di cura secondo turni stabiliti.

La possibilità di individuare Unità di degenza dedicate multidisciplinari rappresenta una interessante opzione per molti ospedali di medie dimensioni, per i quali la creazione di una Unità autonoma dedicata non appare conveniente in rapporto al volume di interventi effettuato annualmente. Le diverse specialità usufruiranno dell'Unità di degenza dedicata, a rotazione, secondo turni prestabiliti, sulla base di protocolli concordati.

Le Unità di degenza possono essere anche monospecialistiche, e ciò è da porre in relazione al volume di attività che le singole discipline possono garantire. Ad esempio, le Unità più frequentemente individuate sono quelle di chirurgia oculistica, ginecologica, plastica e ricostruttiva.

3. Posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria

Tale modello è in grado di garantire la day surgery anche in ospedali od in Case di cura con una attività chirurgica di volume minore rispetto a quella degli ospedali dei grandi centri urbani: in questo caso i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.

Analogamente ai modelli precedentemente descritti, dovranno essere adottati specifici protocolli interni operativi.

3.4 Liste degli interventi e delle procedure

Nel 1992, il Consiglio Superiore di Sanità aveva elaborato liste di patologie, distinte per singole branche specialistiche, da trattare chirurgicamente sia negli ambulatori, negli ambulatori protetti, sia in regime di ricovero a ciclo diurno.

Tali liste avevano lo scopo di facilitare l'orientamento dei medici, almeno nelle fasi di avvio di tale modello assistenziale nel nostro Paese. Inoltre, era stato proposto di aggiornare annualmente tali elenchi, certamente non esaustivi, alla luce delle esperienze effettuate a livello nazionale, anche allo scopo di consentire la graduale introduzione di patologie di media complessità o trattabili con tecniche chirurgiche sostanzialmente innovative.

In accordo con quanto sopra espresso e con quanto riportato nella relazione del successivo Consiglio Superiore di Sanità nel giugno 1995, si sottolinea che se una patologia o tipo di intervento chirurgico compaiono nell'elenco, ciò non deve costituire alcun obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tali regimi assistenziali. Viceversa, il fatto che una patologia od un intervento non siano ricompresi nell'elenco, non può essere assolutamente considerato vincolante in quanto, in centri specializzati, dove l'esperienza e l'organizzazione sono particolarmente avanzati, quello stesso intervento potrà essere eseguito secondo uno dei regimi proposti.

Il ruolo trainante di questi centri sarà di fondamentale importanza nelle future fasi di revisione periodica dell'elenco.

3.5 Rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta

In tutti i documenti presentati dal Consiglio Superiore di Sanità, è stato fatto cenno al problema relativo al coinvolgimento del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che dovrebbe essere previsto sia nella fase di selezione sia in quella di dimissione del paziente, come di fatto avviene nei Paesi ove la chirurgia di giorno è già da tempo diffusa.

A tale proposito, potrebbe essere utile prevedere un protocollo di accesso che, pur nel rispetto dell'autonomia del chirurgo, permetta al medico di medicina generale di fornire il suo contributo alla applicazione di tale strategia chirurgica, consentendogli non solo di essere a conoscenza dell'intenzione di sottoporre il proprio paziente a tale trattamento ma di poterlo consigliare ed indirizzare.

Inoltre, dovrà essere rilasciata al paziente, al momento della dimissione, una dettagliata e completa relazione, da inviare anche al medico di famiglia e pediatra di libera scelta, comprendente, in particolare, i trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio nonché le indicazioni sulla gestione immediata delle possibili complicanze.

CONCLUSIONI

Anche nel nostro Paese si sta verificando, come nel resto dei Paesi occidentali, un incremento della domanda di servizi assistenziali, compresi quelli chirurgici, quale conseguenza dell'invecchiamento delle popolazioni e del miglioramento delle tecnologie mediche a disposizione. Si impone, quindi, una diversificazione del flusso dei pazienti chirurgici che consenta, attraverso la razionalizzazione dell'attività chirurgica, di migliorare i servizi erogati sia ai pazienti affetti da patologia chirurgica meno complessa sia ai pazienti più gravi e maggiormente bisognosi di cure.

La day surgery è un modello assistenziale ed organizzativo che ben si adatta a tale necessità, consentendo il trattamento di pazienti, opportunamente selezionati, secondo un regime che prevede un più alto indice di rotazione dei malati. I posti letto per acuti che si rendono

così disponibili in ambito ospedaliero, possono essere utilizzati per accogliere pazienti gravi e complessi ai quali fornire una migliore assistenza.

È, però, opportuno ricordare che la day surgery è un modello assistenziale che comporta una specifica organizzazione con riflessi sulla funzione, sulla gestione e sull'economia di grande rilevanza e complessità per le strutture nelle quali è stata avviata. Tali sviluppi sono in grado di influire significativamente sia sull'allocazione delle risorse umane e strumentali intraospedaliere sia nelle attività dei servizi extraospedalieri.

Essa deve essere svolta da personale medico ed infermieristico esperto, al quale è richiesto un serio impegno per garantire risultati esaurienti in termini di minori complicanze e soddisfacimento delle attese dei pazienti.

La day surgery, inoltre, incrementa e migliora la complessiva attività chirurgica della struttura nella quale è effettuata e per questo deve essere attuata sia nei grandi sia nei piccoli ospedali. Nel caso dei grandi ospedali, l'attività in regime di day surgery può essere più convenientemente svolta nel contesto di Unità dedicate, funzionalmente collegate alla struttura principale ma autonome da un punto di vista amministrativo, organizzativo, gestionale ed economico oppure in Unità di degenza multidisciplinari nelle quali convergono tutti i pazienti dalle diverse branche specialistiche.

Nel caso dei piccoli ospedali, invece, la day surgery potrebbe fare parte di un più generale programma di razionalizzazione dei servizi e dell'attività del personale, potendosi prevedere la trasformazione di alcuni di essi in ospedali a prevalente indirizzo diurno, cioè ospedali nei quali sono erogati servizi ambulatoriali, di day surgery e di day hospital.

In Europa, molti piccoli ospedali sono stati trasformati in tale senso (Day Care Facilities), ma anche in Italia, seppure sporadicamente, si registrano esperienze di questo tipo per gli ospedali con dotazione inferiore ai 120 posti letto.

Come già ricordato nell'introduzione del presente documento, uno dei maggiori problemi con cui devono confrontarsi i sistemi sanitari occidentali, ed in particolare gli Stati Uniti, è il continuo elevarsi dei costi dell'assistenza sanitaria, anche quale conseguenza dell'aumento dell'offerta di prestazioni. Quest'ultima, d'altra parte, deriva spesso dall'introduzione di tecnologie e procedure che, rendendo in qualche modo più accessibili forme di trattamento in altri tempi strettamente

legate al ricovero ospedaliero ed alla sua durata, possono indurre un incremento della richiesta di prestazioni sia per una maggiore estensione delle indicazioni, sia perché potrebbe essere indotta una domanda di assistenza diversa da quella passata.

Proprio per questo motivo sarà necessario:

- attivare meccanismi di verifica interna (Audit medico) ed esterna circa l'appropriatezza delle indicazioni a tali trattamenti in termini di tipologia e volumi di attività,
- definire, a livello internazionale, il concetto di atto chirurgico, o comunque di atto invasivo, nonché l'elenco di procedure da ricomprendere in tale regime assistenziale.

Notevole è stato negli ultimi anni l'impegno sostenuto dalle diverse Società scientifiche e dal Ministero della sanità, per diffondere tale modello assistenziale. Ne è un esempio quanto riportato nelle linee guida circa l'«applicazione del D.M. 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri», nelle quali le tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico sono definite sulla base di «pacchetti» predefiniti di trattamento che comprendono sia gli esami e le visite preoperatorie, sia l'intervento chirurgico ed i controlli postoperatori. Le relative tariffe, in particolare, sono state determinate nella misura indicativa del 75% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario, specifica per DRG.

L'impegno sostenuto da tutti potrebbe, però, risultare vano se non saranno avviate serie politiche di formazione ed aggiornamento di coloro che operano nell'ambito dei servizi sanitari, e cioè degli organi regionali, delle amministrazioni ospedaliere, dei dirigenti di servizi, del personale medico ed infermieristico ospedaliero. A tale riguardo, saranno prodotte linee guida specifiche con lo scopo di individuare i requisiti dei formatori e dei Corsi di formazione ed aggiornamento da avviare nel settore. Un altro aspetto è quello degli incentivi da adottare per il personale medico ed infermieristico, che dovrà essere impegnato con sempre maggiori responsabilità sia in questo settore sia in quello tradizionale.

Contemporaneamente, sarà necessario informare il grande pubblico del fatto che tale modello assistenziale viene adottato non solo per

razionalizzare e contenere la spesa, ma per fornire una migliore risposta ai crescenti bisogni in termini di riduzione delle liste di attesa e di supporto anche psicologico e sociale.

*PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI
CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE
DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE DA EFFETTUARE IN
REGIME DI ASSISTENZA CHIRURGICA A CICLO DIURNO*

Con i termini «chirurgia ambulatoriale» e «chirurgia di giorno» (day surgery) ci si riferisce a nuovi modelli assistenziali con i quali è possibile effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive su basi clinico-organizzative sostanzialmente innovative e che, perciò, necessitano di una chiara definizione affinché l'innovazione non vada a discapito del risultato clinico, e quindi della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti.

Appare necessario chiarire, preliminarmente, la distinzione che si vuole operare tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno/day surgery.

Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende: «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici o ambulatoriali protetti, in anestesia locale e/o analgesica».

Alcune patologie possono essere trattate, in ragione della loro intrinseca complessità, solo in ambulatori protetti, intendendo con tale termine gli ambulatori compresi all'interno di ospedali e Case di cura.

Con il termine chirurgia di giorno/day surgery si intende: «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale».

La chirurgia ambulatoriale e la chirurgia di giorno (day surgery) sono modelli assistenziali che non devono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale. Perciò, tali attività debbono essere affidate a personale medico ed infermieristico esperto. L'attività del medico, chirurgo e/o dell'anestesista, con minore esperienza dovrà essere sempre svolta

sotto la costante e personale supervisione dei colleghi di comprovata esperienza e qualificazione. La durata delle prestazioni in regime di chirurgia di giorno/day surgery deve essere preferibilmente programmata entro un'ora.

I pazienti da avviare a tali regimi assistenziali debbono essere opportunamente selezionati e debbono essere preventivamente informati sul tipo di intervento e/o trattamento al quale sono sottoposti sottoscrivendo un «consenso informato» personalizzato (ved Allegato).

Dovrà essere rilasciata al paziente, al momento della dimissione, una dettagliata e completa relazione, da inviare anche al medico di famiglia e pediatra di libera scelta, comprendente, in particolare, i trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio nonché le indicazioni sulla gestione immediata delle possibili complicanze.

Le prestazioni in regime di chirurgia ambulatoriale debbono poter essere effettuate, in funzione della loro intrinseca complessità:

- in qualunque ambulatorio o studio medico che possenga i requisiti richiesti; oppure
- in ambulatori «protetti» e cioè operanti nell'ambito di strutture di ricovero (ospedali e case di cura private).

Tutti gli interventi, eseguiti in entrambe le tipologie di ambulatorio, debbono essere riportati su apposito registro contenente:

- i fondamentali elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- il nominativo e ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze immediate.

Le prestazioni in regime di chirurgia di giorno/day surgery possono essere effettuate in:

1. Ospedali, all'interno di:

- posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria,

- Unità di degenza dedicate,
- Unità autonome;

2. Case di Cura (a carattere generale o chirurgico), all'interno di:

- posti letto dedicati,
- Unità di degenza dedicate;

3. Unità autonome dedicate.

Le Unità autonome private dovranno richiedere alle Autorità competenti l'apposita autorizzazione all'esercizio sulla base dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8 del D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, utili anche ai fini dell'accreditamento, corredata dall'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo.

Ai fini dell'accreditamento, i posti letto di day surgery vanno ricompresi quali posti letto equivalenti, nell'ambito del parametro posti letto/popolazione attivato dalla regione di appartenenza. Per potere avviare una attività di day surgery in strutture esistenti e già autorizzate all'esercizio, eventualmente previa trasformazione strutturale e modifica delle attività svolte, è necessario che venga informata la regione e/o la USL di appartenenza per i risvolti di natura organizzativa e finanziaria che ciò comporta.

Per potere erogare prestazioni per conto ed a carico del Sistema sanitario nazionale, è necessario che le Regioni e le Unità sanitarie locali, nell'ambito dei provvedimenti da adottare per instaurare i nuovi rapporti previsti dall'articolo 8 del D.lgs 502/92, abbiano prioritariamente stipulato accordi contrattuali con le singole strutture accreditate, con particolare riguardo al volume e tipologia delle prestazioni da erogare, e comunque secondo le modalità previste dalle linee di guida sui criteri di applicazione del processo di accreditamento appositamente emanate. Gli accordi contrattuali potranno essere stipulati solo dopo verifica della rispondenza ai requisiti minimi generali e specifici di cui all'atto di indirizzo e coordinamento.

In particolare, tra i requisiti minimi vanno sottolineati quelli relativi a:

- garantire le prestazioni di emoteca secondo quanto indicato nel decreto 1° settembre 1995 sulla «disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate dotate di frigoemoteche», relativamente al tipo di interventi chirurgici praticati,
- assicurare la reperibilità medica nelle 24 ore,
- formalizzare, da parte delle Unità autonome, un collegamento funzionale ed organizzativo con un ospedale o Casa di cura al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze.

L'accordo con l'ospedale o Casa di cura deve prevedere:

- la comunicazione della lista degli interventi più frequentemente eseguiti nell'Unità autonoma,
- la definizione delle modalità organizzative relative ai ricoveri in emergenza dei pazienti,
- l'obbligo di fornire le informazioni cliniche relative al paziente ricoverato per complicanze od emergenza,
- la natura dei rapporti tra le strutture relativamente all'eventuale utilizzo di servizi diagnostici o specialistici (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, etc.).

Le prestazioni con pernottamento potranno essere effettuate solo presso gli ospedali o le Case di cura private.

Anche tali interventi dovranno essere riportati su apposito registro e nella cartella clinica, ove andranno registrati, in particolare:

- i fondamentali elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- il nominativo e qualifica degli operatori,
- la procedura eseguita,
- l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- il tipo di anestesia,
- le complicanze immediate.

Tale proposta di regolamentazione delle attività chirurgiche in regime diurno è completata con le liste degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive,

distinte per specialità, preparate in collaborazione con gli specialisti delle diverse branche medico-chirurgiche.

Tali liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche non sono da considerarsi esaustive di tutti gli atti chirurgici che è possibile effettuare in regime ambulatoriale o in regime di chirurgia di giorno in quanto, in molti casi, il limite tra gli interventi effettuabili in un regime piuttosto che in un altro è assai sfumato. Sarà, quindi, cura primaria dell'equipe medica decidere sul tipo di regime assistenziale al quale sottoporre il paziente, dopo averlo accuratamente selezionato ed informato sul tipo di intervento al quale verrà sottoposto.

Le liste di interventi chirurgici saranno sottoposte a revisione ogni due anni.

ALLEGATO SELEZIONE DEI PAZIENTI

Numerosi interventi chirurgici possono essere effettuati in regime di chirurgia ambulatoriale ed in regime di chirurgia di giorno/day surgery in pazienti accuratamente selezionati. La selezione deve tenere conto delle condizioni generali del paziente e dei fattori logistici e familiari.

Selezione dei pazienti in relazione alle condizioni generali

Tutti i pazienti che afferiscono ai programmi di chirurgia ambulatoriale e di chirurgia di giorno debbono essere in buone condizioni generali.

Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of Anesthesiology (Classificazione A.S.A.), che individua cinque classi: i pazienti appartenenti alle prime due sono considerati candidati ideali a tali regimi assistenziali (A.S.A.1 e A.S.A.2).

L'estensione del trattamento ai pazienti appartenenti alla classe 3 di tale classificazione prevede un attento esame clinico del paziente, che, solo dopo accurate indagini e controlli, potrà essere sottoposto ad intervento chirurgico, preferibilmente in anestesia locale o loco regionale.

Le urgenze chirurgiche sono escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali.

Selezione dei pazienti in relazione all'età ed al peso

Per quanto riguarda l'età vale il principio che il limite posto non è da considerarsi assoluto ma da relazionare sia allo stato generale sia ai progressi conseguiti all'introduzione di nuovi farmaci anestesiológicos e all'utilizzo di nuove tecniche di chirurgia e anestesia.

Con le possibili eccezioni, quindi, l'età minima indicativa potrebbe essere di 6 mesi, la massima di 75 anni.

Per quanto riguarda il peso, è universalmente noto che l'obesità è un fattore di rischio di considerevole importanza, e pertanto tale condizione deve essere attentamente valutata.

Selezione dei pazienti in relazione a fattori logistici e familiari

Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del paziente non sia lontano dalla struttura dove è stato praticato l'intervento chirurgico per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità, e comunque il tempo di percorrenza dovrebbe essere, preferibilmente, compreso entro 1 ora di viaggio.

Ulteriore requisito è rappresentato dalla certezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.

Tutti i pazienti debbono essere assistiti durante il ricovero da un familiare o persona di fiducia responsabile, opportunamente istruito, in grado di accompagnare a casa il paziente e fornire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento chirurgico.

CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato rappresenta l'esigenza ad una informazione esauriente al paziente sulle sue condizioni di salute e sulla terapia che dovrà essere approntata.

In particolare, il malato ha il diritto ad essere informato sulle applicazioni al proprio

caso delle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche, soprattutto in un settore come quello chirurgico caratterizzato da continue innovazioni e progressi.

Tali considerazioni acquistano particolare valore nel caso dei nuovi modelli organizzativi proposti in queste linee guida, e cioè la chirurgia ambulatoriale e quella di giorno, che consentono dimissioni in giornata di pazienti che dovranno essere opportunamente informati sul tipo di trattamento al quale vengono sottoposti.

Pertanto, potrebbe essere utile avvalersi per questi modelli assistenziali di un «Consenso informato documentato», e cioè un consenso informato che comprenda, oltre all'autorizzazione scritta ad effettuare l'intervento o procedura, anche una serie di documenti quale, ad esempio, un opuscolo informativo preliminare nel quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini preoperatorie richieste, anche informazioni riguardanti la preparazione all'intervento stesso, la dieta, le modalità di accesso alla struttura, la presenza dell'accompagnatore, etc.

*ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE
PROCEDURE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE
EFFETTUABILI IN AMBULATORI, AMBULATORI PROTETTI E IN
REGIME DI CHIRURGIA DI GIORNO/DAYSURGEY*

Si ritiene opportuno richiamare alcune considerazioni generali sugli interventi praticabili in regime ambulatoriale e di chirurgia di giorno (day-surgery).

Per quanto riguarda il regime ambulatoriale, è evidente che si tratta di interventi di relativa facile esecuzione, non eccessivamente impegnativi per l'operatore e per il paziente.

La scelta di intervenire in un regime piuttosto che in un altro resta, come ogni altro atto medico, esclusiva responsabilità del medico, il quale potrà scegliere in assoluta libertà, nel rispetto del consenso informato del paziente, basandosi sui principi di scienza e coscienza su cui da sempre si fonda la facoltà di curare.

Si ritiene opportuno ribadire, inoltre, che la scelta del regime di ricovero più opportuno sarà guidata dall'apprezzamento delle condizioni cliniche e psicologiche del paziente e che, in molti casi, il limite tra gli interventi praticabili in ambulatori protetti e non, è assai sfumato. Sarà quindi completa responsabilità del sanitario decidere, anche in rapporto alle dotazioni disponibili minime previste dalla legge, circa la struttura ambulatoriale più adeguata. È evidente che molte delle patologie trattabili in regime ambulatoriale, se di maggior estensione o complicate, dovranno essere trattate in regime di chirurgia di giorno, o addirittura in regime di ricovero ordinario.

In particolare, in ambito pediatrico, è da ricordare che questi pazienti mal tollerano interventi in anestesia locale per cui sarà opportuno che questi siano effettuati preferibilmente in ambulatori protetti o in regime di chirurgia di giorno.

Una particolare attenzione andrà posta nella selezione dei malati oculisti per i quali la maggior parte delle prestazioni chirurgiche riguardano, da un lato, bambini, e dall'altro pazienti ultra settantenni. Per questi ultimi, alla patologia oculare, si associano frequentemente patologie generali (malattie dell'apparato cardio-circolatorio e/o respiratorio, diabete, disfunzioni renali etc.). In tutti questi casi è opportuno limitare fortemente l'utilizzo di strutture «non protette», preferendo il regime di ricovero di chirurgia di giorno. In questo elenco non sono comprese le prestazioni erogate in regime di emergenza-urgenza, per definizione escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali.

Si precisa, infine, che se una patologia o tipo di intervento chirurgico compaiono in elenco, ciò non deve costituire alcun obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tali regimi assistenziali.

Viceversa, il fatto che una patologia od un intervento non compaiono in elenco, non può essere assolutamente considerato vincolante in quanto, anche se nella generalità dei casi quel particolare intervento sarà più opportunamente eseguito in corso di un ricovero tradizionale, è ammissibile che, in centri specializzati, dove l'esperienza e l'organizzazione sono particolarmente avanzati, quello stesso intervento possa essere eseguito secondo uno dei regimi proposti.

CHIRURGIA GENERALE

Molte patologie, che sono di pertinenza della chirurgia generale, potranno anche comparire tra le altre branche specialistiche perché, come è noto, non è possibile tracciare un limite netto di competenza per molte di esse. Per tale motivo, molte delle patologie «specialistiche» potranno essere anche trattate dal chirurgo generale (come, ad esempio, il varicocele, la fimosi, la ritenzione testicolare, etc.).

A) Patologie frattabili in qualsiasi ambulatorio

Tutte le patologie qui elencate, se non troppo estese o impegnative, possono essere trattate in ambulatori non «protetti», purché adeguatamente attrezzati.

Cute ed annessi

- ascesso plogemco
- flemmone
- favo
- idrosadenite suppurativa
- linfoadeniti suppurative
- patereccio (nelle varietà flitrenulare, a bottone di camicia e sottocutaneo escluse le varietà ossea e profonda)
- granulomi da corpo estraneo
- tumori degli annessi cutanei limitatamente a piccoli adenomi, tumori connettivali limitatamente alle formazioni benigne e di piccole dimensioni (dermatofibroma, mioma, angioma, fibroma, lipoma)
- tumore glomico del letto ungueale
- punture ascessuali evacuatrici con o senza introduzione di sostanze medicamentose
- tumori cutanei (biopsie o exeresi)
- unghia incarnita
- discromie ipercromiche
- cheratosi seborroiche
- cisti
- linfoadenopatie superficiali (biopsie)
- nevi cutanei
- verruche volgari, piane, plantari e seborroiche, condilomi
 - ferite chirurgiche (toilette)
- precancerosi

Collo

- adenoflemmoni
- angiomi
- fibromi
- lipomi sottocutanei (con esclusione delle varietà profonda e diffusa)
- linfoadenopatie cervicali, sopraclavari e prescaleniche (biopsie semplici)

Retto e ano

- accessi anali, perianali e perirettali (drenaggi)
- ematoma perianale (drenaggio)
- corpi estranei
- neoformazione benigne (condilomi, papillomi)

- legatura elastica di nodoli emorroidari
- incisione di noduli emorroidari trombizzati
- sclero-terapia emorroidaria, crioterapia
- sfinteroclasia

Arti inferiori

- iniezioni
- legature semplici di varici residue
- Banding della satena
- Flebotomia ambulatoriale secondo Muller

b) Patologie trattabili in ambulatori protetti Cute ed annessi

- interventi minori della cute e del sottocutaneo come riportati nella precedente lista delle patologie dipendentemente

- 1) dall'estensione della lesione
- 2) dalle condizioni, anche psicologiche, del paziente

- paterecci osseo e profondo
- granuloni da corpo estraneo profondamente localizzati
- unghia incarnita
- tumori cutanei (basalioma, angioma, fibrosarcoma, spinalioma, melanoma, etc.)

Apparato emopioetico

- biopsia ossea con agoaspirato

Mammella

- cisti e tumori di n.d.d., di piccole dimensioni
- ginecomastia
- mastite acuta suppurativa ascenssualizzata (drenaggio)
- galattocele (evacuazione)

Collo

- linfadenopatie (asportazione di linfonodi per esame bioptico)

- angiomi e fibromi di medie dimensioni
- lipomi profondi e diffusi
- ganglioneuromi
- linfangiomi (non estesi al mediastino)

Retto

- Le stesse patologie indicate sub A) ma quando particolarmente estese o complesse.
- rettocele
- prolasso mucoso o completo del retto

Arti inferiori

- crossectomia della grande e piccola safena
- legature delle perforanti incontinenti
- stripping della grande e piccola safena
- T.E.P. (trattamento delle perforanti per via endoscopica)

c) Patologie trattabili in regime di "chirurgia di giorno " Cute e annessi

- ascessi profondi delle logge della mano
- cisti del cuoio capelluto complicate
- cisti sacro coccigea
- tumori degli annessi cutanei benigni e maligni
- nevi cutanei anche estesi
- ferite chirurgiche (revisione)
- innesti cutanei su piaghe o ustioni limitate
- angiomi
- innesti cutanei su piaghe o ustioni limitate

Apparato emopioetico

- biopsia ossea con agoaspirato

Addome

- ernie inguinali e crurali
- ernie ombelicali, piccoli laparoceli

Mammella

- cisti e tumori di n.d.d., di piccole dimensioni
- ginecomastia
- chirurgia ricostruttiva (sostituz. espansori tissutali con protesi definitiva, rimoz. app.valvolare satellite di espansore/protesi)
- ascessi profondi
- galattocele
- papilloma intra duttale ed~ectesie duttali (duttogalatto forectomia)

Collo

- linfadenopatie (asportazione di linfonodi per esame bioptico)
- angiomi e fibromi di medie dimensioni
- lipomi profondi e diffusi
- ganglioneuromi
- linfangiomi (non estesi al mediastino)

Retto

- Le stesse patologie indicate sub A) ma quando particolarmente estese o complesse.
- rettocele
- prolasso mucoso o completo del retto

Arti inferiori

- Chirurgia delle varici degli arti inferiori
- crossectomia della grande e piccola safena
- legature delle perforanti incontinenti
- stripping della grande e piccola safena
- T.E.P. (trattamento delle perforanti per via endoscopica)

Endoscopie diagnostiche e/o operative

- esofagoscopia (sclerosi di varici esofagee, limitatamente alle sedute di mantenimento, dilatazione stenosi esofagee benigne e maligne)
- rettosigmoidoscopia (polipectomia)
- Colonscopia totale con ileoscopia

- Dilatazione meccaniche e pneu
- Duodenoscopia con cateterismo della papilla di Vater (ERCP)
- Cateterismo della pailla minor (in corso di ERCP)
- Manometria dello sfintere di Oddi (in corso di ERCP)
- Diggiuno Ileoscopia (per via anterograta)
- Colonscopia totale + Ileoscopia retrograda
- Polipectomia
- Dilatazione meccaniche
- Dilatazione pneumatiche
- Posizionamento di protesi esogagea in plastica
- Posizionamento di protesi espandibili
- Estrazione corpi estranei
- Posizionamento endoscopico di sondino naso gastrico
- Posizionamento endoscopico di sonda decompressiva
- Coledocoscopia transdoodenale
- Colangioscopia percutanea
- Sfinterotomia (pailla maior o minor)
- Estrazione calcoli (per seduta)
- Litotripsia meccanica endoluminale
- Litoripsia endoluminale con laser od onde d'urto
- Drenaggio naso-biliare o naso pancreatico

A) Patologie odontostomatologiche trattabili in regime ambulatoriale.

- Alvusione chirurgica di radici, denti fratturati o denti in anchilosi
- Disinclusione ortodontico-chirurgica
- Estrazione denti in inclusione ossea parziale o totale
- Estrazioni multiple denti rotti
- Drenaggio di raccolte ascessuali localizzate
- Chiusura comunicazione oro-antrale immediata
- Apicectomia con otturazione retrograda
- Otturazione canalare a cielo aperto
- Asportazione cisti radicolari o follicolari di piccole e medie dimensioni (non entrinsecanti nel canale mandibolare o nel seno mascellare)
- Contenzione di fratture parcellari composte del processo alveolare
- Neoplasie benigne di piccole dimensioni, della mucosa orale:
 1. papilloni
 2. fibromi
 3. lipomi

4. angiomi

- Asportazione placca lencoplastica di piccole dimensioni
- Neoformazioni benigne gengivali
- Asportazione calcoli nella parte anteriore del dotto War~on
- Ex-mucolee
- Affondamento fornice parziale.
- Rimozione pliche mucose
- Rimozione torus palatino e mandibolare linguale
- Regolazione tober maxillae
- Inserimento impianti endossei osteointegrati
- Gengivoplastiche
- Scaling a cielo aperto (1 quadrante per seduta)
- Innesti liberi di gengiva
- Innesti pedunculati di gengiva
- Innesti di commettivo prelevato dal palato
- Innesti ossei prelevati dal tuber o punta del mento
- Innesti alloplastici sottoperiosteali
- Rizotomie e rizectomie
- Allungamento di corona clinica (riposizionamento apicale)
- Prelievo biptico della mucosa

B) Patologie odontostomatologiche trattabili in regime di "chirurgia di giorno "

- Estrazione denti in inclusione ossea totale profonda
- Drenaggio di raccolte ascessuali estese in regime sottomandibolare
- Chiusura ampia comunicazione oro-antrale
- Asportazione di grosse cisti radicolari intrinsecanti nel canale mandibolare o in contiguità col seno mascellare
- Riduzione e contenzione di fratture parcellari scomposte del proesso alveolare
- Bloccaggio intermascellare di fratture composte, mediante applicazione di ferule o di apparecchio ortodontico
- Neoplasie benigne della mucosa orale di dimensioni superiori ai 2 cm.
- Asportazione placca lencoplastica di notevole estensione
- Ranula orale
- Neoformazioni benigne gengivali di notevole dimensione

- Aumento di cresta alveolare mediante trapianto di mucosa o trapianto alloplastico
- Affondamento fornice totale
- Innalzamento del seno mascellare mediante materiali alloplastici
- Riduzione della lussazione della mandibola
- Prelievo bioptico dei tessuti profondi
- Calcolosi delle ghiandole salivari.

OCULISTICA

Una particolare attenzione andrà posta nella selezione dei malati oculistici per i quali la maggior parte delle prestazioni chirurgiche riguardano, da un lato, bambini di pochi giorni o di pochi mesi, dall'altro, pazienti ultra settantenni. Per questi ultimi alla patologia oculare, si associano frequentemente patologie generali (malattie dell'apparato cardio-circolatorio e/o respiratorio, diabete, disfunzioni renali etc.). In tutti questi casi, come pure nel caso dei bambini, è assolutamente opportuno limitare fortemente l'utilizzo di strutture "non protette", favorendo la chirurgia di giorno.

A) Procedure diagnostiche e patologie trattabili in regime ambulatoriale (qualsiasi ambulatorio ed ambulatori protetti)

Procedure diagnostiche invasive e semi-invasive
(Somministrazione endovena di liquidi con sostanze coloranti)

- Iridografia
- Angiografia retinica con fluorescina sodica o verde di indocianina

Interventi chirurgici:

Palpebre

- Calation
- Biopsia e/o asportazione di piccole lesioni neoplastiche
- Xantelasma
- Verruche
- Cisti sierose e cisti sebacee
- Entropion
- Ectropion

- Lagofalmo: blefarrofia ed eventuale riapertura
- Blefarofimosi
- Blefarocalasi
- Anchiloblefaron
- Sinblefaron
- Ferite palpebrali senza perdita di sostanza
- Elettrolisi della ciglia

Apparato lacrimale

- Stricturotomia dei canalicoli lacrimali
- Dacriocistectomia

Congiuntiva:

- Pinguecola
- Pterigion
- Cisti sierose
- Cisti dermoidi
- Neoplasie di piccole dimensioni
- Ferite congiuntivali

Cornea:

- Corpi estranei corneali
- Neoplasie epibulari

Cristallino:

Intervento di cataratta, con o senza impianto di lente intraoculare, non in età pediatrica ed a meno che, a giudizio dell'anestesista e dell'oculista, per patologie generali od oculari associate, non si ritenga opportuno eseguire l'intervento in regime di chirurgia di giorno o di ricovero.

Procedure diagnostiche e patologie trattabili con la sola anestesia per contatto (instillazione di collirio anestetico nell'orbita congiuntivale):

- Dacriografia
- Lavaggio e sondaggio delle vie lacrimali

- Asportazione corpo estraneo congiuntivale
- Incisione di dacrioflemmone
- Incisione di ascesso palpebrale
- Trattamento di difetti di retrazione con cheratotomia radiale o di altra forma

Trattamenti parachirurgici:

- Terapia laser del glaucoma
- Terapia laser della cataratta secondaria
- Terapia laser della retinopatia diabetica
- Terapia laser delle patologie degenerative retiniche o preventive del distacco di retina
- Terapia laser delle patologie vascolari retiniche
- Terapia laser per trattamento conservativo di neoplasie
- Correzione di vizi di retrazione con laser ad eccimeri, ad olmio
- Correzione di alterazioni corneali con laser ad eccimeri

B) Patologie trattabili in regime di "chirurgia di giorno "

Tutte le patologie già indicate come trattabili in regime ambulatoriale, se di maggior estensione o complicate, se le condizioni generali, psicologiche o logistiche del paziente non lo consentono, debbono essere trattate in regime di chirurgia di giorno.

Con particolare attenzione andranno valutate le seguenti patologie:

- Tumori delle palpebre con plastica
- Tumori della ghiandola lacrimale
- Ferite palpebrali con perdite di sostanze e plastica
- Ricostruzione vie lacrimali
- Dacriocistorinostomi
- Correzione dello strabismo
- Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare in età pediatrica
o con importanti patologie generali od oculari associate.

OTORINOLARINGOIATRIA

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale

A1) (qualsiasi ambulatorio):

- Agoaspirato cervicale per esame citomorfologico
- DCT di varici del setto nasale in anestesia
- Esplorazione endoscopica delle VADS
- Frenulotomia
- Intervento per ascesso del CUE
- Intervento per ascesso peritonsillare
- Intervento per ematoma del setto nasale
- Intervento per otoematoma
- Medicazione chirurgica
- Microotoscopia diagnostica e curativa
- Prelievo bioptico da VDS in anestesia locale
- Puntura diameatica
- Resezione parziale del labbro inferiore
- Riduzione incruenta di frattura nasale
- Sutura estetica di ferite del volto
- Tamponamento nasale anteriore
- Timpanocentesi ed aspirazione trans-timpanica
- Timpanostomia

A2) (ambulatori "protetti"):

- Cervicotomia a scopo istologico in anestesia locale
- Intervento per piccoli tumori superficiali cute/mucose
- Intervento per riparazione di lacerazione timpanica
- Rimozione C.E. da VADS senza/con anestesia locale
- Timpanostomia esplorativa
- Turbinoplastica

B) Interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno

- Adenoidectomia e adenotonsillectomia
- Antrostomia
- DTC di varici del setto in narcosi
- Duttomia per estrazione del calcolo salivare
- Intervento correttivo del padiglione auricolare
- Intervento per ranula sub-linguale
- Intervento per sinechia nasale
- Microlaringoscopia diagnostica
- Microlaringoscopia per exeresi di piccoli tumori benigni
- Polipectomia nasale
- Prelievo bioptico da VADS in narcosi

- Resezione parziale del padiglione auricolare

UROLOGIA

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale

A1) (Qualsiasi ambulatorio)

- Uretrocistoscopia (UCS)
- dilatazione uretrale
- cistostomia percutanea
- biopsia prostatica (trucut)
- agoaspirato prostatico citologico
- frenuloplastica
- biopsia glande
- puntura evacuativa di idrocele
- valutazione urodinamica invasiva
- asportazione endoscopica di calcolo uretrale

A2) ambulatori "protetti"

- incisione endoscopica di stenosi uretrale
- sostituzione di DJ
- nefrostomia percutanea
- agoaspirato su masse pelviche e/o retroperitoneali
- drenaggio ascesso scrotale
- puntura di cisti renale
- iniezione intra o peri-uretrale di sostanze varie per incontinenza urinaria femminile
- agobiopsia renale
- ureteroscopia con strumento flessibile
- UCS con biopsia vescicale e/o uretrale
- cateterismo ureterale
- asportazione neoformazioni meato uretrale esterno (es. caruncola ureterale)
- trattamento di condilomi acuminati, esterni o endouretrali
- meatoplastica uretrale
- uretrotomia endoscopica
- biopsia testicolare
- legatura dei deferenti
- circoncisione

- biopsia del pene
- asportazione di cisti peniena o scrotale
- parafimosi

B) Interventi praticabili in regime di "chirurgia di giorno"

- incisione endoscopica di stenosi uretrale
- agobiopsia renale
- netrostomia percutanea
- litotrissia transuretrale o sovrapubica di calcolosi vescicale
- ureteropieloscopia
- riposizione di endoprotesi ureterale (DJ)
- litotrissia extracorporea
- meatoplastica
- orchidopessi (limitatamente alle ritenzioni principali)
- orchifuniculectomia + protesi
- eversione della vagina per idrocele
- asportazione di cisti dell'epididimo o del funicolo spermatico
- scleroterapia per varicocele
- chirurgia per varicocele
- puntura e sclerotizzazione di cisti renale
- puntura-drenaggio di linfocele
- termoterapia prostatica
- correzione di anomalie peniene di limitata entità
- trattamenti endoscopici della patologia prostanca

OR TOPEDIA

La particolare rilevanza della chirurgia ortopedica fa sì che essa possa essere eseguita prevalentemente in ambulatori "protetti" o in chirurgia di giorno;

Per quanto concerne l'ortopedia pediatrica, data la peculiarità dei pazienti, tutte le prestazioni devono essere praticate nell'ambito della chirurgia di giorno.

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (qualsiasi ambulatorio ed ambulatori protetti)

- Tumori benigni (condroma, osteoma osteoide, fibroma, lipoma, tumore glomico, xantomi tendinei, tumore a mieloplassi) in sedi di facile accesso, tumori di n.d.d.
- Rimozione mezzi di sintesi
- Rimozione fissatori esterni
- Chirurgia della mano:
 1. Dito a scatto (ambulatori protetti)
 2. Patereccio
 3. Paronichie
- Cisti artrogene digitali (purché a livello digitale e non carpale)
- Tenorrafie semplici (suture di lesione tendinea recente che riguarda gli estensori della mano o i flessori in zone facilmente accessibili) (ambulatori protetti)
- Ferite superficiali
- Plastiche lesioni apicali delle dita (ambulatori protetti)

B) Interventi praticabili in regime di giorno

Chirurgia della mano:

- Canale carpale e sindromi canalicolari al gomito e al polso, ecc.
- Morbo di Dupuytren
- Sutura ferite complesse ad esclusione di quelle coinvolgenti strutture nervovascolari necessitanti di lembi microchirurgici o comunque di sutura e/o anastomosi o neurografie
- Tenolisi
- Trattamento lesioni inveterate estensori (dito a martello, boutonnière)
- Innesti tendinei
- Innesti nervosi
- Trattamento rigidità articolazioni MF e IF
- Clino-dattilie
- Camptodattilie
- Morbo di De Quervain
- Sinoviectomia
- Tumori benigni (condroma, osteoma osteoide, fibroma, lipoma, tumore glomico,

xantomi tendinei, tumore a mieloplassi) in sedi di facile accesso, tumori di n.d.d. di maggiori dimensioni.

- Morbo di Kienboeck
- Artrotomie di piccole articolazioni
- Incisione di capsula articolare, legamento o cartilagine in sede non specificata
- Biopsia ossea
- Miotomia
- Borsotomia
- Lisi di aderenze di muscoli, fasce e borse.

Artroscopia:

- Meniscectomia artroscopica
- Asportazione corpi liberi
- Diagnostica e terapeutica di spalla, gomito, polso, ginocchio, collo, piede

Rimozione mezzi di sintesi di piccoli segmenti scheletrici

Chirurgia del piede:

- Correzioni deformità semplici
- Dita a martello
- Alluce valgo
- Tonotomie
- Esostosi osteocartilaginee di facile accesso chirurgico

Chirurgia del rachide

- Nucleo aspirazione
- Biopsia delle vertebre

CHIRURGIA VASCOLARE

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale

Prestazioni eseguibili in qualunque ambulatorio:

- scleroterapia per varici essenziali, recidiva, secondarie e residua

- fotocoagulazione Laser e microangiosclerosi
- flebotomie sec. Muller

Prestazioni eseguibili in ambulatori "protetti":

- infusione di prostaglandine e prostanoidi
- Tecniche diagnostiche: flebografie arti

B) Interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno

- Crossectomia + stripping, CHIVA per varici essenziali, residue, secondarie e recidiva.
- spinal cord stimulation
- procedure diagnostiche invasive: angio TC, arteriografie per puntura diretta o cateterismo (convenzionale o digitale)

Neurochirurgia

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale protetto

- Blocchi anestesilogici dei nervi cranici e periferici
- Eco Doppler Transcranico
- Ecografia cranica
- Applicazione TENS
- Monitoraggio stimolatori e pompe infusione
- Tarsorrafia

B) Interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno

- Puntura Lombare a scopo diagnostico
- Monitoraggio Pressione intracranica
- Microcompressione o termocoagola del Gandiglio di Gasser per nevralgia del trigemino
- Nucleotomia percutanea con ultrasuoni o chimica
- Sindromi canalicolari dei nervi periferici
- Neurolisi esterne e trasposizione dei nervi periferici

CHIRURGIA TORACICA

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (Tipo A)

A) (qualsiasi ambulatorio)

- toracentesi
- agobiopsia di linfonodi superficiali
- medicazione di toracostomia
- lavaggio e sostituzione di drenaggi endopleurici

A2) (ambulatori "protetti")

- Tutte le voci di A1 ed inoltre:
- biopsie di linfonodi superficiali
- drenaggio di versamenti o pneumotorace con posizionamento di valvola unidirezionale
- agobiopsia CT-guidata
- broncoscopia diagnostica

B) Interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno

- fibrobroncoscopia con brushing, biopsie, biopsie trasbronchiali e BAL
- broncoscopia rigida con rimozione di corpi estranei
- drenaggio del cavo pleurico
- broncoscopia con terapia laser e posizionamento di stent endoendobronchiali
- toracoscopia diagnostica

CHIRURGIA PEDIATRICA

A) Interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale (ambulatori o ambulatori protetti)

Premessa

Le patologie da trattare secondo tale regime sono poche, in relazione al fatto che i pazienti pediatrici mal tollerano interventi in anestesia locale o loco-regionale, fatta eccezione per i bambini più grandicelli, ben preparati e collaboranti. Tali interventi possono essere effettuati in regime ambulatoriale, preferibilmente protetto, a patto che lo consentano, quindi, le

caratteristiche della lesione e le condizioni generali e psicologiche del paziente stesso.

Si tratta, comunque, di patologie non particolarmente estese i cui interventi sono di relativa breve e facile esecuzione.

Cute e annessi

- Rimozione di punti di sutura
- Sutura di ferite superficiali
- Ferite chirurgiche (toilette)
- Ascesso piogenico (drenaggio)
- Flemmone (drenaggio)
- Idrosadenite suppurativa (drenaggio)
- Linfoadeniti suppurative (drenaggio)
- Teleangectasie cutanee (scleroterapia)
- Nevi cutanei di piccole dimensioni
- Verruche volgari, piane, plantari e seborroiche
- Aderenze balano-prepuziali/sinechie vulvari
- Frenulotomia

Apparato osteoarticolare e muscolare

- Tenosinoviti purulente (punture esplorative, determinazione della natura dell'essudato)
- Borsiti (puntura esplorativa)
- Rimozione di apparecchi gessati

B) Interventi chirurgici e procedure diagnostiche invasive e seminvasive, effettuabili in regime di chirurgia di giorno quasi esclusivamente in anestesia generale

Premessa

Gli interventi chirurgici riportati in questa lista vengono eseguiti quasi esclusivamente in anestesia generale e possono essere considerati di pertinenza della chirurgia pediatrica e delle sue sub-specialità. Ad esempio, la fimosi è trattata dal chirurgo pediatra, dall'urologo pediatra e dal chirurgo plastico pediatra. La tecnica anestesiológica utilizzata per un intervento non è fattore discriminante per l'inserimento di una patologia nella lista delle procedure ed interventi effettuabili in chirurgia di giorno. L'aspetto più importante è la durata

dell'intervento che dovrebbe essere compreso preferibilmente entro un'ora.

Molte delle patologie comprese nell'elenco di quelle ambulatoriali, se di maggiore estensione o complicate, debbono essere trattate in regime di chirurgia di giorno.

Tenendo conto della peculiarità dell'attività chirurgica in età pediatrica, potrà più spesso verificarsi l'opportunità che un paziente sia tenuto in osservazione durante la notte, come ad esempio per le adenotonsillectomie, e sarà perciò di particolare rilevanza quanto detto nella parte generale circa l'eventuale pernottamento. Questa raccomandazione assume particolare rilevanza nel caso in cui il paziente sia neonato o lattante, età in cui la possibilità di effettuare l'intervento in regime di day surgery dovrà essere valutata con particolare cura.

Cute e annessi

Interventi minori della cute e del sottocutaneo come riportati nella precedente lista di patologie da trattare in regime ambulatoriale dipendentemente:

- 1) dall'estensione della lesione
- 2) dalle condizioni anche psicologiche del paziente

- Patereccio
- Granulomi da corpo estraneo
- Tumori del derma e del sottocutaneo limitatamente alle formazioni benigne e di piccole dimensioni:
 1. dermatofibroma
 2. mioma angioma
 3. fibroma
 4. lipoma
- cisti dermoidi
- cisti del sopracciglio
- unghia incarnita
- cisti del cuoio capelluto
- nevi cutanei di limitata estensione
- frenulotomia penina
- ferite chirurgiche (revisione)

Otorinolaringoiatria

- Adenotonsillectomia
- Miringotomia con o senza inserzione di drenaggi transtimpanici
- Riduzione di franure nasali semplici
- Rimozione di corpi estranei nasali ed auricolari
- Varici del setto

Oculistica

- Sondaggio vie lacrimali
- Strabismo semplice interessante due muscoli
- Calazio, verruca, mollusco
- Ptosi palpebrale (plastiche palpebrali minime)

Apparato osteoarticolare e muscolare

- Dito a scatto
- Idrartro (artrocentesi)
- Rimozione di mezzi di sintesi
- Mobilizzazioni incurante
- Rinnovo apparecchi gessati
- Cisti tendinee, del polso e del poplite
- Cisti sacrococcigea
- Tenotomie

Tiroide

- Nodolo tiroideo (agobiopsia)

Addome

- Ernia inguinale
- Ernia epigastrica
- Ernia ombellicale
- Ileostomie, colostomie, etc. (dilatazioni, drenaggio di ascessi etc.)

Testa e collo

- Adenoflemmoni (drenaggio)
- Linfadenopatie cervicali, sopraclaveari e prescaleniche di n.d.d. (biopsie)
- Residui branchiali
- Torcicollo congenito
- Orecchio ad ansa

Cavo orale

- Estrazioni dentarie e cure conservative in narcosi
- Anchiloglossia
- Calcolosi delle ghiandole salivari
- Ascessi dentari
- Epulide di piccole dimensioni
- Ranula

Apparato uro-genitale

- Calibrazioni uretrali
- Dilatazioni uretrali
- Rimozione di corpi estranei in vagina
- Dilatazione postoperatorie della vagina e della vulva
- Meatotomie e meatoplastiche uretrali
- Nefrostomie minime percutanee
- Biopsie vescicali
- Fimosi
- Ipospadie minori
- Varicocele di I° tipo
- Idrocele
- Cisti del funicolo
- Cisti dell'epididimo
- Ritenzione testicolare monolaterale con testicolo ritenuto inguinale

Retto

- Polipi rettali
- Biopsie rettali
- Ascessi e fistole perianali
- Corpi estranei (asportazione)
- Neoformazioni benigne (condilomi, papillomi)

- Prolasso rettale (riduzione)

Parete addominale

- Ematomi del muscolo retto (di piccole dimensioni).

In questa parte della lista sono riportati gli interventi chirurgici effettuabili prevalentemente per via endoscopica, e le procedure diagnostiche invasive e seminvasive da effettuarsi in regime di chirurgia di giorno.

Otorinolaringoiatria

- Laringoscopia diagnostica
- Broncoscopia diagnostica e terapeutica (rimozione di corpi estranei, biopsie).

Endoscopia digestiva

- Esofagoduodenoscopia diagnostica con eventuali prelievi biotici
- Endoscopia terapeutica del tratto gastrointestinale superiore (rimozione di corpi estranei, sedute di mantenimento, sclerosi delle varici, polipectomia per Peutz-Jeghers)
- Retto colonscopia diagnostica con prelievi biotici
- Colonscopia terapeutica (polipectomia), dilatazioni pancolonscopia ed ileoscopia retrograda

Endoscopia urologica

- Cistoscopia ed uretroscopia diagnostica e terapeutica (valvole dell'uretra, trattamento endoscopico del reflusso)
- Pielografia ascendente
- Colposcopia

Flebografie Arteriografie Agobiopsie Eco e Tac-guidate del fegato

Cateterismo cardiaco

Esame delfondo oculare

Tonometrie

Fluoroangiografie

CHIRURGIA PLASTICA

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (Tipo A1 - qualunque ambulatorio)

- Biopsie incisionale o escissionale
- Asportazione di neoformazioni cutanee di piccole dimensioni
- Asportazione di cisti sebacee
- Diatermocoagulazione di angiomi stellari
- Trattamento di verruche
- Asportazione chirurgica di tatuaggi di piccole dimensioni
- Correzioni delle fissurazioni dei lobi auricolari
- Riparo di piccole lesioni della mano e delle dita con innesti e/o lembi locali
- Onicectomia
- Riparo di piccole perdite di tessuto con innesti o lembi locali
- Toilette chirurgica di piccole ustioni
- Revisione chirurgica di piccole cicatrici - Dermoabrasioni
- Innesto di tessuto adiposo «lipofilling»
- Correzioni di piccole alterazioni palpebrali «epicanto»
- Peeling chimico
- Autotrapianto di capelli
- Trattamento di cheloidi
- Laserterapia

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (Tipo A2 - ambulatori protetti)

- Ricostruzione del complesso areola/capezzolo
- Lipoaspirazione circoscritta
- Dito a scatto
- Correzione di retrazioni cicatriziali della mano e dita. :

B) Interventi praticabili in chirurgia di giorno

- Regolarizzazione dei monconi di amputazione delle dita
- Trattamento dei neuromi di amputazione
- Asportazione di tumori cutanei di medie dimensioni
- Blefaroplastica e cantoplastica
- Mentoplastica

- Lifting del volto
- Dermolipectomia addominale
- Mastoplastica additiva e riduttiva
- Mastopessi
- Otoplastica
- Lipoaspirazione
- Lifting delle cosce
- Aponevrectomia mano e piede
- Ligamentotomia per S. Tunnel Carpale
- Ligamentotomia per S. di De Quervain
- Neurolisi
- Tenolisi
- Trasferimenti tendinei
- Tenoraffia tendini flessori ed estensori
- Interventi per sindattilie
- Interventi di intasamento e disintasamento
- Inserimento di protesi articolari
- Inserimento di protesi di Hunter
- Inserimento e sostituzione con protesi definitive di espansori cutanei
- Correzione di Bouttoniere
- Correzione di cicatrici con innesti di cute, plastiche a zeta o lembi locali
- Osteotomie falangi e metacarpi per correzione di malformazioni
- Riduzione e contenzione di fratture della mano e del piede
- Correzione dito a martello
- Asportazione di cisti tendinee e di tumori gigantomocellulari
- Innesti tendinei, ossei e nervosi
- Ricostruzione delle pulegge
- Correzione di retrazioni capsulari dopo inserimento di protesi mammarie
- Rimodellamento di lembi e trapianti
- Sinoviectomie
- Riparo di lesioni medie della mano con lembi locali, assiali e lembi sensitivi
- Amputazioni delle dita della mano e del piede

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA

*A1) Indagini e procedure eseguibili in regime ambulatoriale:
Qualunque ambulatorio*

1) *Indagini con iniezione endovenosa di m.d.c. iodato idrosolubile:*

- Urografia
- Colangiografia semplice e trans-kehr
- Tomografia Computerizzata
- Flebografia periferica degli arti inferiori e superiori
- Angiografia shunt emodialisi
- Puntura percutanea per diagnosi di angioma

2) *Indagini con introduzione di m.d.c. iodato (idro e/o liposolubile) attraverso aghi, cateteri, cannule:*

- Scialografia
- Dacriocistografia
- Laringografia
- Galattografia
- Artrografia
- Fistelografia
- Cistografia ascendente
- Uretrografia ascendente
- Isterosalpingo o colpografia
- Cavernosografia semplice e con manometria

3) *Biopsie trans-cutanee con ago sottile (FNAB):*

- Biopsie eco-guidate addominali salivare, tiroidea, mammaria, testicolare, muscolare, linfonodale, parti molli, renale, prostatica e ovarica.

4) *«Reperage» stereotassico mammario*

5) *Ecografia o eco-colorDoppler:*

- trans-rettale
- trans-vaginale

6) *Drenaggio percutaneo di ascessi, raccolte liquide, ematomi (regioni superficiali)*

*A2) Indagini e procedure eseguibili in regime ambulatoriale:
Ambulatorio <protetto>*

1) Indagini con introduzione di m.d.c. iodato (idro e/o liposolubile cateteri, cannule):

- Colangio-winsungrafia retrograda
- Discografia
- Vescicolodeferentografia
- Winsugrafia retrograda

2) Biopsie trans-cutanee con ago sottile (FNAB):

- Biopsie toraciche sotto guida radioscopica, fatta eccezione per la mammella
- Biopsie toraciche TC o RM-guidate, fatta eccezione per muscolo e linfonodi superficiali
- Biopsie ecoguidate, epatobiliare, pancreatica, retroperitoneale

3) Ecografia o eco-colorDoppler:

- trans-esofageo

4) Aspirazione e/o sclerotizzazione percutanea di cisti

5) Alcoolizzazione percutanea.

B) Indagini e procedure eseguibili in regime di <chirurgia di giorno>

- Broncografia
- Mieloradicolografia
- Arteriografie globali o selettive
- Flebografie (distretti profondi)
- Angiocardiografia e/o coronarografia
- Angioplastica e ricanalizzazione di occlusioni (stent, ecc.)
- Embolizzazione arteriosa o venosa, chemioinfusione
- Prelievi arteriosi o venosi per dosaggi
- Posizionamento di stent di distretti extra-vascolari
- Drenaggio percutaneo di ascessi, raccolte liquide, ematomi (regioni profonde).

CARDIOLOGIA

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (Tipo A1: Qualunque ambulatorio)

- test ergometrico
- ecocardiogramma per via transesofagea
- scintigrafia miocardica da sforzo o da infusione di dipiridamolo

A) Interventi praticabili in regime ambulatoriale (Tipo A2: Ambulatori protetti)

- Test provocativi di ischemia miocardica (eco-dipiridamolo, eco)
- Ultrafiltrazione per lo scompenso globale di circolo (su pazienti attentamente selezionati)

B) Interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno

- Ultrafiltrazione per lo scompenso globale di circolo
- Impianto pacemaker e sostituzione del generatore
- Coronarografia
- Cateterismo cardiaco
- Biopsia miocardica
- Studio elettrofisiologico
- Ablazione in radio-frequenza (o folgorazione elettrica) delle vie anomale della sindrome di WPW e nelle aritmie ventricolari refrattarie
- Defibrillazione elettrica

ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

A) Prestazioni finalizzate alla terapia antalgica da praticarsi in regime ambulatoriale

(Le attività chirurgiche effettuate in regime ambulatoriale debbono svolgersi in strutture capaci di assicurare al paziente le prime misure di sostegno delle funzioni vitali)

- Valutazione qualitativa e quantitativa del dolore
- Tecniche di analgesia loco-regionale
- (Patient Controlled Analgesia)

- Test di personalità
- Protocolli farmacologici con farmaci analgesici, antinfiammatori, oppioidi e «adiuvanti»
- Infiltrazione perinervosa e dei «trigger points»
- Stimolazione elettrica trans-cutanea (TENS)
- Riflessoterapia ed agopuntura
- Mesoterapia
- Magnetoterapia
- Laserterapia
- Crioterapia
- Iniezione peridurale
- Infiltrazione e blocco caudale
- Iniezione sub-aracnoidea
- Blocco delle fascette articolari
- Blocco del ganglio di Gasser e dei suoi rami
- Blocco del ganglio stellato
- Blocco degli intercostali
- Blocco del simpatico lombare
- Blocco del ganglio celiaco
- Tecniche di analgesia e blocco per gli arti superiori ed inferiori
- Infiltrazione intra-articolare

B) Prestazioni finalizzate alla anestesia da praticarsi in regime di chirurgia di giorno

- Anestesia generale inalatoria
- Anestesia generale endovenosa
- Neuroleptoanalgesia
- Sedazione e sedo analgesia
- «Blended» anestesia
- Anestesia peridurale
- Anestesia sub-aracnoidea
- Anestesia spinale «selettiva»
- Anestesia spinale continua
- Tecniche di anestesia loco-regionale per gli arti
- Tecniche di anestesia endovenosa

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Raccomandazioni generali

Sia che si tratti di semplici manualità (anche della sola visita), sia che l'intervento ambulatoriale appaia semplice (piccole incisioni, torsioni, enucleazioni, raschiamenti, striscio, tecniche varie di riproduzione assistita, ecc.) non va dimenticato il pericolo permanente di infezioni anche gravi (HIV, tetano); perciò vanno rispettate, in ogni caso, le regole di asepsi ed è consigliabile utilizzare materale a perdere (guanti, siringhe, spatole, cannule, ecc.).

Per le metodiche invasive di procreazione umana assistita (FIVET, GIFT, ICSI, ZIFT, TET, PZD, SUZI, MESA, TESA, STW1) è bene che vi sia una autorizzazione specifica da cui risulti la congruità della struttura e dei mezzi strumentali. Inoltre, è prescritta la compilazione di veri e propri formulati di consenso informato a tutela dei diritti delle coppie, del nascituro e a salvaguardia dell'operatore

GINECOLOGIA

A = regime ambulatoriale semplice

B = regime ambulatoriale protetto

C = regime di <chirurgia di giorno>

A

- Pap-test, colposcopia, biopsia della portio uterina
- Biopsia endocervicale ed endocavitaria dell'utero con aspirazione, lavaggio e prelievo strumentale (VAPRA, Novak)
- Aspirazione di polipi peduncolati del collo uterino
- Applicazione di pessari vaginali o di dispositivi endouterini (spirale)

B

- Imenotomia (ematocolpo); punti emostatici per emorragia
- Asportazione di nodi endocavitari peduncolati dell'utero in via di
- Estrinsecazione in vagina
- Incisione di ascessi perineali, vulvari, mammari (in puerperio)
- Puntura del fornice vaginale posteriore (inseminazione peritoneale, svuotamento di raccolte del Douglas di natura varia)
- Elettrocoagulazione o crioterapia di erosioni benigne, ectopie e focolai di endometriosi cervicali, di condilomi

- Punture esplorative ecoguidate, aspirazione, drenaggio di raccolte liquide vaginali, pelviche o mammarie
- Oncochemioterapia e restaging oncologico
- Stadiazione clinica dei tumori della mammella
- Ecoisterosalpingografia

C

- Laserconizzazione vaporizzazioni vulvari, vaginali e cervicali
- Tecniche di riproduzione assistita con prelievo di gameti, transfer e crioconservazione degli embrioni (FIVET, GIFT, ZIFT, TET, ICSI, SUZI, MESA, TESA, STW ecc.)
- Rasciamento endouterino diagnostico e curativo
- Isteroscopia operativa (recisione di setti, polipi, miomi peduncolati, cateterismo delle tube)
- Laparoscopia diagnostica con salpingocromoscopia, second look dei tumori ovarici, viscerolisi
- Colpotomia posteriore, culdoscopia ecoguidata con prelievo di ovuli, svuotamento di raccolte pelviche
- Chirurgia operativa laparoscopica: per endometriosi lieve o moderata, applicazione di clips, salpingostomie per fimosi fimbriale, miomi, deafferentazione dei legamenti utero-sacrali enucleazione ed asportazione di cisti ovariche semplici, trattamento conservativo delle gravidanze extrauterine

OSTETRICIA

A = regime ambulatoriale semplice

B = regime ambulatoriale protetto

C = regime di «chirurgia di giorno»

A

- Amnioscopia
- Tamponamento emostatico utero-cervico-vaginale
- Preparazione psico-profilattica al parto e ginnastica rieducativa in puerperio
- Monitoriaggio biofisico della gravidanza fisiologica (ecografia e cardiocografia)

B

- Biopsia di villi coriali ecoguidata (citogenetica)
- Amniocentesi ecoguidata (citogenetica, poliamnios)
- Asportazione di residui ovarici o placentari dopo aborto e dopo parto
- Monitoraggio biochimico e biofisico della gravidanza ad alto rischio

C

- Cerchiaggio del collo uterino
- Fetoscopia per prelievo di sangue fetale, biopsie superficiali e svuotamento o drenaggio di raccolte liquide del feto, cisti ovariche, idrocefalia, idronefrosi
- Interruzione volontaria di gravidanza in day hospital (legge 194): consentita soltanto in centri pubblici autorizzati

DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

Interventi eseguibili in regime ambulatoriale:

- Biopsie cutanee incisionale ed escissionali
- Escissione di neoformazione di piccole dimensioni
- Riparazione di piccole perdite di sostanza (incluso chirurgia MOHS) con innesti cutanei o lembi locali
- Correzione di piccole cicatrici
- Toletta strumentale di piccole ustioni
- Onicectomia
- Diatermocoagulazione di affezioni dermatologiche e venereologiche
- Laserterapia di affezioni dermatologiche e venereologiche
- Crioterapia di affezioni dermatologiche e venereologiche
- Mesoterapia dermatologica
- Peeling chimico
- Dermoabrasione
- Autotrapianto di capelli

Interventi eseguibili in chirurgia di giorno:

- Escissione di neoformazioni cutanee di medie dimensioni (chirurgia MOHS)

- Riparazione di piaghe e perdite di sostanza di medie dimensioni con innesti
- Riparazione di ustioni di piccole dimensioni con innesti cutanei
- Asportazione di verruche e condilomi disseminati.