

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DI UN AMBULATORIO FLEBOLOGICO IN UN OSPEDALE PUBBLICO

U. Baccaglini, A. Ferrini

Centro Multidisciplinare di Day Surgery, Azienda Ospedaliera di Padova

I nostri primi passi risalgono al 1986 quando abbiamo iniziato ad eseguire gli interventi di stripping, in anestesia subaracnoidea selettiva, all'interno di un Ambulatorio attrezzato e dedicato. Nel 1992 ci viene riconosciuto lo status di Centro di Day Surgery peraltro mono-disciplinare ed ancora all'interno della Struttura Ospedaliera. Nel 2000 l'Unità assume i connotati di una struttura completamente autonoma e fisicamente indipendente dall'Ospedale, tipo Free-standing Unit, di tipo Multidisciplinare, con sede presso l'Ospedale Militare prima e presso la Casa di Cura Morgagni poi. Nel 2002 la Regione Veneto, con apposita Delibera, caratterizza il nostro Centro come Osservatorio e Centro di Riferimento Regionale per la Day Surgery.

Mi sembra giusto richiamare, visto l'interesse della Sessione per gli aspetti normativi, le attuali disposizioni Regionali in materia di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery, peraltro in corso di revisione. Il DGR 2501 del 2004, oltre a precisare la differenza tra Ambulatorio Chirurgico e Ambulatorio Chirurgico con Sala Operatoria, introduce una nuova tipologia di Struttura rappresentata dalla Struttura Extraospedaliera di Chirurgia. Essa vuole rappresentare una soluzione a metà strada tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia in Day Surgery ma se guardiamo alle dotazioni ed ai requisiti richiesti non appare dissimile da una "Free-standing Unit".

La cosa strana dell'attuale normativa è che non solo lo stripping di varici, ma anche interventi come il laser endovascolare, il tunnel carpale e la cataratta, interventi eseguibili in anestesia locale o con sedazione lieve, possano attualmente essere praticati solo presso le strutture extraospedaliere di chirurgia o presso strutture più complesse.

Anche il sistema di tariffazione crea una sperequazione tra intervento di stripping e procedura endovascolare laser, con netto vantaggio per la prima, che non riteniamo giustificato. Come già anticipato tuttavia la materia è in corso di revisione.

Il Centro di Flebologia Ambulatoriale rappresenta il Nucleo Medico ed Organizzativo dal quale siamo partiti ed attorno al quale ha preso corpo il nostro Centro Multidisciplinare di Day Surgery. In campo flebologico affrontiamo i vari aspetti di questa patologia sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. A livello diagnostico, oltre alla prima visita con indagine Eco-Color-Doppler di routine, possiamo disporre di un Laboratorio per la diagnosi strumentale di 2 e 3 livello. Dal punto di vista terapeutico si va dalle scleroterapia eco-guidata dei grossi tronchi, alla chirurgia convenzionale ed endovascolare (laser).

La nostra Struttura Free-Standing dispone di 25 posti letto e può contare su una Piastra costituita da 4 Sale Operatorie e 2 Ambulatori protetti.

Al Centro, oltre ai pazienti flebologici, afferiscono anche pazienti con altre patologie inerenti la Chirurgia Generale e patologie riguardanti altre Discipline Chirurgiche, prime fra tutte l'Ortopedia con la chirurgia del ginocchio.

In questa diapositiva il volume di prestazioni svolte dal 2001 al 2005 suddivise per specialità chirurgica.

Il Personale Medico si distingue in dedicato, dipendente cioè dalla Struttura, ed afferente da altri Reparti di Cura. Il personale infermieristico è completamente dedicato e questo assicura elevati livelli di professionalità ed efficienza. Ai Colleghi degli altri Reparti viene offerta la possibilità di operare in una Struttura organizzata e collaudata dove i loro pazienti possono contare su date certe ed elevato confort alberghiero.

Un Centro come il nostro può reggersi solo se l'organizzazione è rigorosa ed i processi standardizzati. Sono fondamentali le figure del Responsabile Medico e della Capo Sala che devono essere estremamente motivate ed in grado di motivare gli altri. Aggiungerei a queste figure quella dell'Anestesista dato il suo ruolo essenziale in tutte le fasi del percorso di selezione ed assistenziale. A livello di coordinamento è indispensabile coinvolgere la Direzione Sanitaria come entità *super partes* con capacità ed autorità decisionale.

Il percorso assistenziale inizia con la visita del medico di MG che individua la problematica e ci indirizza il paziente. Il primo accesso alla Struttura avviene il giorno della nostra visita specialistica dove siamo in grado di porre l'indicazione al trattamento, decidere il tipo di trattamento e valutare la sua fattibilità in regime ambulatoriale. Con il paziente possiamo concordare, in base alle sue esigenze, la data dell'intervento e, se necessario, fissare anche la data per la visita anestesiologicala. Il nostro prossimo obiettivo è quello di fare eseguire, già in questa occasione, l'eventuale visita anestesiologicala facendo risparmiare ulteriore tempo al paziente. Il terzo accesso avviene il giorno dell'intervento cui seguono le medicazioni ed i controlli post-operatori.

Sono 3, a mio avviso, gli aspetti qualificanti del percorso che svolge il paziente nel nostro Centro.

- 1) **Il Protocollo Operativo.** Tutte le fasi, dalla selezione al processo di dimissione, devono prevedere l'applicazione di protocolli standardizzati, basati su criteri di evidenza, possibilmente comuni e condivisi dalle varie Equipe operatorie. Nulla deve essere affidato all'improvvisazione.
- 2) **La raccolta computerizzata dei dati.** Nella Medicina di oggi l'informazione è fondamentale e l'informazione si basa sui dati. Per la raccolta dei dati e la loro elaborazione non si può prescindere dalla informatizzazione dei processi.
- 3) **L'informazione ed il consenso.** Una delle più ricorrenti lamentele riguardo la Day Surgery è legata alla mancanza di adeguata informazione, soprattutto scritta (Audit Commission 1991). D'altra parte i tempi ristretti e la convalescenza a domicilio rendono indispensabile l'informazione scritta; di qui la nostra attenzione maniacale per i libretti informativi.

Durante il 1 accesso alla nostra Struttura, con la visita, compiliamo la cartella ambulatoriale. Deciso l'intervento, il paziente viene inserito nell'Agenda di prenotazione computerizzata. Il sistema è in grado di fornire la prima data e orario disponibili, nonché le successive, in modo che il paziente possa scegliere il giorno dell'intervento in base alle proprie esigenze. Nella stessa seduta può essere anche prenotata la data di un'eventuale visita anestesiologicala. Oltre alle informazioni orali vengono anche forniti dei libretti informativi, semplici ed intuitivi, riguardanti il tipo di intervento e tutti gli aspetti del percorso assistenziale.

Il 2 accesso è rappresentato, a meno che l'intervento non sia in anestesia locale, dalla valutazione anestesiologicala. Il paziente è chiamato a compilare un questionario sul suo stato di salute. L'Anestesista provvede alla compilazione della scheda anestesiologicala computerizzata ed ottiene dal paziente l'adesione informata al tipo di anestesia proposto. Viene anche valutata la necessità di ricorrere ad accertamenti pre-operatori. In un prossimo futuro ci sarà la possibilità di interfacciarsi direttamente con il laboratorio e con gli ambulatori specialistici cui richiedere via rete gli accertamenti e dai quali ricevere, sempre via rete, i referti.

A proposito degli accertamenti pre-operatori apro una breve parentesi. E' ormai dimostrato che esami pre-operatori di routine, eseguiti alla cieca, sono inefficaci, inutili e costosi. Non sono quindi più giustificati comportamenti basati su consuetudini o per timore di conseguenze medico-legali. In pazienti sani con meno di 40-45 anni non eseguiamo di solito alcun accertamento di routine.

Grazie al nostro protocollo, validato dalla letteratura internazionale, abbiamo ridotto drasticamente il n° di esami per paziente, e tra tutti gli RX-Torace, con apprezzabile riduzione della spesa.

Il 3° accesso è rappresentato dal giorno dell'intervento. La scheda anagrafica e nosologica vengono richiamate dall'agenda computerizzata e completate con la cartella di Sala Operatoria, che riporta oltre ai dati dell'intervento anche i tempi ed i consumi di materiale, e la Cartella infermieristica che riporta le fasi del processo di dimissione. La verifica della dimissibilità avviene secondo un protocollo validato e particolare attenzione viene riservata alla prevenzione-gestione del dolore postoperatorio. Alla dimissione vengono consegnate la relazione per il Medico Curante, il calendario degli appuntamenti e tutte le indicazioni riguardanti il Servizio di Reperibilità

Come si è visto il programma informatizzato è uno strumento fondamentale perché consente di standardizzare e integrare il percorso di cura del paziente obbligando ciascun operatore a seguire i profili di cura definiti dal protocollo. Alla fine disponiamo di un'Agenda e di una Cartella computerizzate da cui possiamo estrarre documenti da produrre in formato stampa e una grande quantità di dati da elaborare per fini statistici.

I dati raccolti sono prontamente disponibili, leggibili, chiari e su base ampia. Possiamo avere dati epidemiologici per studi scientifici. Dati per valutare l'attività e l'efficienza della Sala Operatoria. Possiamo risalire al materiale consumato e rintracciare i presidi impiantati. Ricavare gli indicatori di qualità. Tutti questi informazioni potranno essere presentati durante le riunioni consuntive semestrali con la Direzione Sanitaria. Le azioni correttive potranno riguardare la pianificazione, l'organizzazione o l'informazione ai vari livelli. E tutto questo sulla base di dati certi anziché su approssimazioni.

Per esempio può risultare importante monitorare l'utilizzo della piastra operatoria da parte delle varie equipe operatorie per documentare un sotto-utilizzo od un cattivo utilizzo degli spazi messi a loro disposizione. Questo non a fini di controllo ma solo per distribuire gli spazi e le risorse in base alle diverse esigenze e produttività dei Gruppi afferenti.

Gli indicatori hanno la funzione di quantificare la "qualità delle cure" ed oggi si assiste ad una vera e propria esplosione dell'industria degli indicatori anche in campo sanitario. Sulla base di questi possiamo sapere come stiamo lavorando e come possiamo migliorare. Il paziente già programmato può non presentarsi per i tempi di attesa troppo lunghi. La procedura può essere cancellata dopo l'arrivo del paziente per errori nella fase di selezione. La dimissione può essere ritardata, convertita in ricovero ordinario o può esserci un elevato numero di riammissioni per complicanze chirurgiche ed allora dovranno essere ricercati eventuali difetti di tecnica chirurgica.

Essendo dotati di un Centro di Costo autonomo possiamo presentare bilanci basati su dati certi e verificabili durante le periodiche Riunioni di Budget. Per inciso vorrei sottolineare anche l'importanza di poter monitorare i consumi in tempo reale sulla base di Kit Standard individuati per singola procedura. In questo modo è possibile, interfacciandoci continuamente con il magazzino di reparto, garantire un mirato reintegro dei materiali e la loro costante disponibilità.

Dal 2002 il nostro Centro è diventato Osservatorio Regionale e Centro di Riferimento per lo sviluppo Day Surgery. Si è ritenuto che abbia le caratteristiche strutturali ed organizzative per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi; si pensi alla Short Stay Surgery che potrebbe consentire, ad esempio, di eseguire le colecistectomie laparoscopiche o all'Office Based Surgery dove potrebbero trovare collocazione le procedure endovascolari. E' anche la sede dove applicare i più recenti protocolli diagnostico-terapeutici e valutarne costi ed appropriatezza.

Il Centro si è impegnato in programmi per la formazione a distanza che hanno riguardato la Day Surgery e che hanno visto anche la partecipazione di Docenti stranieri.

Per concludere vorrei far presenti alcune tra le difficoltà che ci siamo trovati ad affrontare.

- 1) Per prima cosa riuscire a coinvolgere nel percorso assistenziale del paziente il Medico di MG. E' fondamentale mettere a conoscenza dei Colleghi le caratteristiche e le potenzialità dei nuovi modelli organizzativi, garantire la disponibilità del Centro, e relazionare Loro, in modo completo, circa il trattamento e la gestione domiciliare del paziente.
- 2) Coinvolgere le varie Equipe Chirurgiche, appartenenti a specialità chirurgiche diverse tra loro, in un progetto comune e convincere i vari Specialisti ad uniformarsi a regole comuni e condivise.
- 3) Far capire alle Autorità Sanitarie che i nuovi modelli organizzativi ed anche le tecniche innovative come il laser endovenoso rappresentano, prima di tutto, un vantaggio per il paziente ma che sono convenienti anche in termini di costi. Il Servizio Sanitario Inglese (NHS) è da anni impegnato, tramite la NHS Modernisation Agency, a rendere i Servizi per la salute più "accessibili, sicuri e personalizzati". L'Agenzia ha individuato 10 priorità di forte impatto (The 10 High Impact Changes) per migliorare il servizio sanitario e tra queste la prima è quella di "considerare la Day Surgery (e non più la chirurgia in ricovero ordinario) come la regola per la chirurgia di elezione".
- 4) Infine bisogna superare alcune resistenze da parte di Colleghi Chirurghi che trovano più comodo e conveniente mantenere i letti di Day Surgery all'interno dei loro Reparti di Cura o trattare le varici con ricovero di un giorno od addirittura in ricovero ordinario. Da una indagine di Monitor ASSR risulta che nel 2003 solo il 52% degli interventi per varici veniva eseguito in Day Surgery e che tale percentuale saliva al 75% includendo anche i ricoveri con pernottamento. Nel 2001 siamo riusciti a far convogliare nella nostra Unità free-standing solo il 38% di tutti gli interventi in Day Surgery eseguiti in Azienda.