

CHIRURGIA AMBULATORIALE IN ORTOPEDIA

Dr Antonio Carosella

Ospedale Sanata Maria Annunziata – ASL 10 Firenze
U.O. Ortopedia e Traumatologia Dir: Prof: Marco Bardelli

Con il termine “CHIRURGIA AMBULATORIALE” si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, senza ricovero, in ambulatori dedicati, in anestesia locale, che consentano al paziente autonomia motoria e piena vigilanza “ **entro le due ore successive alla conclusione dell’intervento**” e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento.

Le attività di chirurgia ambulatoriale non sono quindi effettuate in regime di ricovero e non richiedono, per le condizioni generali del pz e le caratteristiche degli interventi, una complessa organizzazione, soprattutto pre e post operatoria, come quella offerta invece dalla day surgery.

La gestione degli interventi ambulatoriali, utilizzando strutture dedicate “free standing day surgical units”, asseconda precise esigenze della società moderna: riducendo il tempo di inabilità del paziente, senza intercorrere nei costi di un complesso operatorio di maggiori dimensioni.

LEGISLAZIONE E NORMATIVE

I principi fondamentali della moderna chirurgia ambulatoriale e day surgery furono codificati per la prima volta nel 1968 sulla scia delle esperienze maturate in alcuni stati del Nord America dall’inizio di quel decennio.

Nei primi anni ottanta incominciò ad affermarsi anche da noi; il primo importante lavoro italiano di ricerca, tuttavia, riguarda gli anni 1990-1992:

Il primo passo normativo è avvenuto con il D.P.R. del 20 ottobre 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l’attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali) cui seguì un Atto di intesa tra Stato e le regioni su questo tema.

L’introduzione dei DRG e il Decreto del Ministero della Sanità n. 150 del 1995 (Linee Guida n: 1/95) sulla determinazione delle prestazioni chirurgiche di ricovero diurno in base a pacchetti predefiniti di trattamento hanno rappresentato un passaggio decisivo per la affermazione di questa procedura.

Il DPR del 14 gennaio 1997 rappresentò un passo avanti normativo contenente i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi funzionali del DS

Il Decreto Presidente del Consiglio del 29.11.2001 che tratta del LEA (Livelli essenziali di Assistenza) sancisce ciò che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini e in che modo queste prestazioni devono essere erogate.

Accordo tra Stato e Regioni dell’8 agosto 2002 contenente le linee guida in tema di DS.

Accanto a questi atti di indirizzo nazionali si sono avuti vari decreti e leggi regionali che hanno tentato di razionalizzare e attuare le direttive del Ministero della salute.

Riporto quelle emanate dalla regione Toscana

- Delibera G.R.T. n. 859 del 5 giugno 2002 (individua i ricoveri che debbono essere fatti in regime di DH piuttosto che ordinari).

- Delibera G.R.T. n: 771 del 22 luglio 2002 (definizione della distribuzione tra attività di ricovero e attività ambulatoriale.....)

- Delibera G.R.T. n. 18 del 28 febbraio 2006: requisiti di esercizio dei presidi autonomi di ds

Decreto n: 4569 del 3.10.2006

ASPETTI MEDICO-LEGALI

Nonostante la vasta legislazione al proposito, vi è ancora molta incertezza per una corretta applicazione senza incorrere in pericoli medico-legali

Il criterio di selezione deriva dalla conoscenza e valutazione delle condizioni del pz e di ciò che può offrire la struttura ambulatoriale. Opportuno, entro certi limiti, in presenza di soggetti apparentemente sani, chiedere notizie, anche sotto forma di certificazione, al medico curante,

non solo per le notizie anamnestiche e per i rilievi semeiologici e diagnostici ma anche per gli aspetti inerenti al consenso consapevole per ogni attività diagnostica e terapeutica.

E' infatti la consultazione perita delle cartelle in atti che solleva il medico dalle accuse.

Una ulteriore fonte di responsabilità normativa, oltre al consenso informato, per quanto riguarda più strettamente al day surgery, è contenuta nell'art.5 delle "Linee guida per l'attività di day surgery", che costituiscono parte integrante della Conferenza Stato-Regioni del 8 agosto 2002

Tale articolo stabilisce che " il ricorso alla day surgery e alla chirurgia ambulatoriale è valutato per ogni singolo pz, in piena autonomia e responsabilità da parte del medico sulla base di criteri clinici, organizzativi della struttura e in relazione agli aspetti socio-familiari"

Si tende ad evitare la classificazione in chirurgia maggiore e chirurgia minore e si preferisce utilizzare una definizione funzionale nella quale per chirurgia ambulatoriale si intende quella non complicata, tradizionalmente eseguita in ospedale, ma che può essere eseguita con eguale efficacia e sicurezza senza ricorrere al ricovero.

Questo modo di vedere porta ad una particolare flessibilità di giudizio riguardo la individuazione degli interventi chirurgici eseguibili ambulatorialmente, così da poter prevedere una sistematica riserva di base sulla effettuabilità degli interventi proposti.

La flessibilità, con la riserva sulla effettuabilità, si collega alla necessità di valutare gli interventi assieme agli altri fattori fondamentali che sono le condizioni generali del pz ed il rispetto degli standard operativi concordati per i servizi di chirurgia ambulatoriale.

STANDARD OPERATIVI NELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

- Sala operatoria con dotazione organica dedicata
- Scheda clinica ambulatoriale
- Registro operatorio
- Consenso informato (associato ad accurato colloquio informativo sulle tecniche impiegate anestesologiche e chirurgiche e sul trattamento in corso)
- Adozione di criteri e/o protocolli per dimissione

PERCORSO DI " ACCUDIMENTO" DEL PZ ALLA DIMISSIONE

- Relazione destinata al medico curante consegnata al pz al termine della prestazione (in cui sono specificate le consegne post-operatorie e le indicazioni per l'analgia post-operatoria)
- Opuscolo con informazioni sulle norme igienico comportamentali a cui attenersi e il programma dei controlli ambulatoriali
- Collegamento telefonico a domicilio
- Numero telefonico del chirurgo che può essere contattato in caso di necessità
- Inquadramento al momento della dimissione e regolamentazione del trasporto

CRITERI DI SELEZIONE E DI ELEGIBILITA'

- Categorie ASA 1 e 2

Sebbene la maggioranza dei pz selezionati appartengano alle categorie (ASA : American Society of Anesthesiologists) ASA 1 e 2 anche quelli ASA 3 e 4 possono risultare candidati al day-hospital chirurgico quando venga stabilita una stretta correlazione fra chirurghi, anestesisti e medici di base pur essendo prevedibile un aumento del rischio perioperatorio.

- Età

Il limite di età per convenzione non doveva essere inferiore a 18 anni né superiore a settanta anni.

Attualmente si tende a d escludere il fattore età come deterrente nella selezione degli “outpatient” attribuendo maggior affidabilità al giudizio caso per caso, l’età cronologica può non essere un criterio assoluto di selezione , mentre può essere più corretto porre l’attenzione sull’età fisiologica in relazione all’effettivo stato funzionale.

Si dovrà comunque tenere conto della maggiore lentezza di recupero dell’anziano da qualsiasi tipo di trattamento

Attualmente si tende ad attribuire nella scelta degli “outpatient” maggiore affidabilità ad una selezione personalizzata per cui i protocolli assumono prevalentemente il significato di linee guida di riferimento, senza pericolose generalizzazioni.

- Anamnesi ed esame fisico

La raccolta dei dati anamnestici ed un accurato esame fisico del malato, effettuati alcuni alcuni giorni prima dell’intervento preferibilmente con l’ausilio di un questionario, costituiscono ancora le migliori misure di screening pre-operatorio anche allo scopo di ridurre al minimo i test di laboratorio non necessari.

La valutazione pre-operatoria deve evidenziare tutte le situazioni patologiche sconosciute in pz apparentemente sani e di caratterizzare e classificare la gravità e il tipo di malattia già presente, ciò per definire il grado compatibilità dello stato funzionale del paziente con la condizione operatoria in ambiente extraospedaliero

- Collaborazione del paziente

Altro elemento di fondamentale importanza è rappresentato dalla collaborazione del paziente avviato al trattamento di chirurgia ambulatoriale. A tal fine la comprensione e la sottoscrizione da parte dell’operando o di un suo tutore del consenso informato, riguardante la valutazione pre-operatoria, la preparazione, il tipo di intervento e di anestesia cui egli verrà sottoposto con le sue possibili complicanze e i criteri di dimissione che lo stesso dovrà rigorosamente seguire, oltre a ridurre al minimo il numero dei ricoveri imprevisti risponde ad un preciso dettato del nuovo Codice di Deontologia Medica.

- Condizioni socio-economiche

Abitazione fornita di telefono con presenza di persona affidabile per l’assistenza; possibilità di raggiungere un presidio ospedaliero in 30 min.

Abbiamo cura di accertarsi che il paziente abiti ad una distanza non eccessiva dall’Ospedale

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Ipersensibilità agli anestetici locali
- Epilessia
- Fattori psico-sociali (dipendenza da farmaci o tossici, assenza di un accompagnatore adulto e responsabile)
- Malattie emolitiche
- Malattie psichiatriche
- Terapie anticoagulanti
- Asa 3 e 4
- Bambini
- Forti stati di ansia (controindicazione relativa)

LA NOSTRA ESPERIENZA

Eseguiamo interventi di superficie, poco invasivi e di breve durata, con ANESTETICI LOCALI (lidocaina, mepivacaina), senza alcun supporto di sedazione

Facciamo eseguire un esame ECG e esami ematochimici pre-operatori di routine (spesso già in possesso del pz per check – up routinari eseguiti in precedenza)

Disponiamo di un accesso venoso (incannulamento di una vena)

Non utilizziamo farmaci preanestetici né farmaci per il controllo dell’ansia.

Il paziente ambulatoriale vive uno stato d’ansia che altera l’esistente equilibrio endocrino-metabolico, con un colloquio ben condotto possiamo esercitare effetti sedativi simili di quelli di un barbiturico ottenendo così una sedazione al prezzo di una tossicità zero.

Utilizziamo una sala operatoria dedicata con dotazione organica di personale infermieristico dedicato

Utilizziamo il tourniquet, di breve durata, con fascia emostatica a doppia camera, questo accorgimento elimina sicuramente il fastidio da compressione ma non certamente il dolore da ischemia.

Monitoriamo i parametri vitali tramite pulsossimetro

ANESTESIA

Utilizziamo sempre una anestesia locale nella sede dell'intervento o blocco dei nervi interdigitali o blocco nervoso al polso per la STC

Non abbiamo mai utilizzato anestesie generali o plessiche

Eseguiamo interventi di superficie, poco invasivi e di breve durata, con ANESTETICI LOCALI (lidocaina, mepivacaina), senza alcun supporto di sedazione, che hanno un assorbimento sistemico insignificante, con posologie assolutamente sicure, una complicanza rilevata in alcuni casi è stata e può essere la "crisi vagale"
L'infiltrazione della sede dell'intervento con anestetico locale è senz'altro la tecnica più semplice e più sicura.

Impropriamente questa procedura è stata definita pericolosamente come "chirurgia senza anestesista", ciò non corrisponde al vero, semmai possiamo coniare senza false enfattizzazioni "chirurgia con anestesista in panchina"

In alcuni casi si può anche prevedere la presenza dell'anestesista costantemente dedicato al paziente (eventualità che si è verificata solo in due casi) ; riteniamo comunque indispensabile la presenza di un anestesista nel blocco Day Surgery o comunque in ospedale che possa intervenire rapidamente in caso di necessità.

CRITERI DI DIMISSIBILITA'

I criteri di dimissibilità del pz dovrà soddisfare la regola nord-americana delle 4 A (awake, ambulation, alimentation, analgesia) e poggerà sulla triplice constatazione di stabilità cardio-vascolare in posizione eretta, assenza di segno di Romberg e assenza di nausea e/o vomito.

Sono essenzialmente basati sul recupero di alcune funzioni primarie (capacità di deambulare, di andare in bagno, di alimentarsi)

E' assolutamente necessaria la presenza di un accompagnatore

Qualora il recupero della sensibilità nell'area interessata dalla anestesia non sia ancora completo è necessario informare il pz circa i tempi del recupero funzionale e metterlo in guardia sulla possibile insorgenza di lesioni, non accompagnate da sintomatologia dolorosa, nell'area anestetizzata.

Il pz dovrà essere edotto sulle possibili complicanze che insorgono tardivamente (formazioni di ematomi con compressione di strutture vascolari e nervose) e sul modo di riconoscerle.

Il pz dovrà essere informato con cui mettersi in contatto in caso di complicanze per ottenere ulteriori delucidazioni.

A ssenza di sanguinamento post-operatorio

Assenza di nausea e vomito

Dolore controllabile con analgesici somministrati per via orale

ATTIVITA' SVOLTA

Nel periodo che va dal 1° gennaio 2006 al 30 giugno 2008 abbiamo trattato in chirurgia ambulatoriale 450 casi; i pazienti avevano una età media di 56 anni (min 27 - max 86), 81 erano maschi e 269 erano femmine

La patologia da noi trattata è stata la seguente:

Rimozione piccoli mezzi di sintesi (fili o vite) 6

STC 177

Recive STC 3

Dito a scatto 54

Unghia incarnita 20

Cisti tendinee e sinoviali mano 20

Ritenzione corpo estraneo 13

Esostosectomie 11

Borsectomie 10
Cisti tendinee e sinoviali piede 8
Callosità interdigitali 9
De Quervain 8
Svuotamento ematomi 7
Tenorrafia estensori 6
Biopsie muscolari 4
Revisioni ferita 2

COMPLICANZE

Solo in 4 casi abbiamo avuto una reazione di “crisi vagale” controllata e risolta senza conseguenze dall’anestesista allertato per l’occasione.

Nessun segno di tossicità generale (anestetico accidentalmente in un vaso)

Nessun ricovero over-night

Solo in 2 casi (stato d’ansia) è stato previsto preventivamente la presenza dell’anestesista costantemente dedicato al pz.

VANTAGGI

Prestazione di elevata qualità seppur riguardante procedure chirurgiche minime

- Bassa percentuale di complicanze
- Indicazioni terapeutiche non condizionate dalla situazione organizzativa del presidio ospedaliero generale
- Chirurgia senza anestesisti, su pz perfettamente sani e collaboranti
- Breve ospedalizzazione con snellimento delle liste di attesa ortopediche (obbiettivo di produttività nell’ambito del ns SSN)
- Alleggerimento delle sale operatorie ortopediche dei Presidi Ospedalieri generali
- Riduzione delle spese sanitarie in termini di investimento e di gestione
- Alto grado di soddisfazione da parte dei pazienti che si sentono confortati dal pronto ritorno alle proprie abitudini nel pieno rispetto della sicurezza delle procedure chirurgiche e anestesilogiche.
- Sedute uniche per questo tipo di chirurgia per dare una certa continuità di cure
- Riduzione delle assenze dal lavoro per causa di malattie (alcune libere professioni vengono interrotte solo per un giorno)
- Diminuzione di indagini diagnostiche e prescrizioni terapeutiche
- Scarso impatto emotivo per i pz., soprattutto per gli anziani.

CONCLUSIONI

La chirurgia ambulatoriale è una chirurgia poco invasiva, di breve durata, in anestesia locale, non complicata, tradizionalmente eseguita in ospedale, ma che può essere eseguita con eguale sicurezza senza ricorrere al ricovero, su pz sani e collaboranti all'interno di strutture che garantiscono l'arrivo rapido di un anestesista allertato nell'occasione

La gestione degli interventi ambulatoriali asseconda precise esigenze della società moderna

Consente :

- prestazioni di elevata qualità in tempo breve
- efficacia ed efficienza organizzativa a costi contenuti
- bassissima percentuale di complicazioni.
- minore incidenza delle infezioni nosocomiali
- breve ospedalizzazione sia in termini di risultati clinici che di ottimizzazione delle risorse economiche ed umane
- rapido reinserimento familiare
- riduzione del tempo di inabilità del pz

Necessita di:

- una attenta e corretta selezione dei pazienti (senza pericolose generalizzazioni)
- una corretta e scrupolosa informazione del malato
- una conoscenza legislativa, in un panorama ancora incerto, per una corretta attività scevra da pericoli medico – legali
- sala operatoria con dotazione organica dedicata.

Lo sviluppo di anestetici a breve azione, il miglioramento nel controllo del dolore post-operatorio hanno permesso l'aumento degli interventi in regime ambulatoriale

Rappresenta una esperienza stimolante per il chirurgo ortopedico in quanto necessita di una nuova curva di apprendimento sia tecnica che organizzativa