

## **DISTURBI VENOSI CRONICI E LEA. DALLA DAY SURGERY ALLA CHIRURGIA AMBULATORIALE**

**Giovanni B. Agus**  
**Direttore della Sezione di Chirurgia Vascolare e Angiologia**  
**Dipartimento di Scienze Chirurgiche Specialistiche**  
**Università degli Studi di Milano**

I Disturbi Venosi Cronici (DVC), moderna definizione di un vasto capitolo di patologia venosa e solo in parte comprendenti il sintomo/segno delle varici (classificazione CEAP C2) costituiscono una condizione clinica assai rilevante sia dal punto di vista epidemiologico sia per le importanti ripercussioni socio-economiche che ne derivano. Nei Paesi occidentali sono ben note le conseguenze della sua elevata prevalenza, i costi dell'iter diagnostico e del programma terapeutico, le significative perdite in ore lavorative e le ripercussioni sulla qualità di vita (1). Si comprende pertanto immediatamente l'importanza della chirurgia delle varici nei sistemi sanitari occidentali, data dalla frequenza della domanda. Si calcola in generale un fabbisogno di 80.000 interventi nel Regno Unito (MacKenzie, 2002), 200 per 100.000 abitanti in Finlandia (Laurikka, 2002), fino a circa 120.000 interventi per anno in Italia (dati dal sistema DRG e stima approssimativa della flebologia privata) e 200.000 per anno in Francia (Banhini, 1998).

La chirurgia del sistema venoso superficiale è dunque responsabile di un notevole carico di lavoro per le strutture operative di chirurgia vascolare e anche generale, ove altrettanto viene eseguita, e produce liste di attesa ancora oggi significativamente lunghe.

Dai dati resi noti dal Ministero della Salute in base alla elaborazione delle SDO (prendendo ad esempio il 2004) e dal Registro SICVE (anno 2005) si evince che il totale degli interventi (DRG 119) eseguiti in Italia per le varici degli arti inferiori, è stato di 116.013 (di cui 64.736 in regime di DS e 51.277 in regime di RO). Questi dati si inseriscono in un'analisi generale che per il 2007 ha visto 12.319.301 i ricoveri in ospedale, in calo del 4,2% rispetto al 2006. Poco più di 76 milioni e mezzo le giornate di degenza, anch'esse ridotte dell'1,8% nel 2007 rispetto all'anno precedente (Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero relativo al 2007 elaborato dal Ministero del Welfare).

Va segnalato che patologia varicosa è ricompresa anche in codificazioni diverse dal DRG 119, per tipologia di intervento chirurgico; o per patologia, come nel caso del trattamento delle ulcere.

Su 116.013 interventi del DRG 119 solo 8.535 (pari al 0,8% circa) sono stati eseguiti da U.O. di Chirurgia Vascolare con un trend degli stessi in lieve diminuzione rispetto al numero di casi eseguiti gli anni precedenti (pur essendo aumentato il numero dei centri partecipanti al Registro stesso, SICVEREG). Nonostante tale dato, la patologia venosa rappresenta il 32,6% dell'attività chirurgica totale delle U.O. di Chirurgia Vascolare in Italia, mentre il 61,6% è rappresentato da patologie arteriose; il 3,7% dalle complicanze; l'1,9% dalle patologie artero-venose; e vicino allo 0% la patologia chirurgica dei linfatici.

L'analisi di tali dati, distribuiti per Regioni, evidenzia inoltre che circa 3.577 interventi (sempre il solo DRG 119) pari al 41% degli stessi è stato eseguito in una unica Regione: la Lombardia.

Per sfatare una convinzione molto diffusa nell'ambiente dei Chirurghi Vascolari, in Italia solo lo 0,7% degli interventi (DRG 119) viene eseguito in regime privatistico. Nella stragrande maggioranza dei casi infatti tale intervento viene eseguito in strutture Pubbliche: Ospedali e Università per il 45% e strutture private accreditate nel 55%.

E' evidente quindi che tale patologia pur essendo di diritto compresa fra le prestazioni specialistiche di chirurgia vascolare viene in realtà eseguita frequentemente da altri specialisti.

Se a questi dati di semplice natura statistica si aggiungono quelli derivanti dal fatto che una chirurgia "inadeguata" sembra essere responsabile di molti casi di recidiva, nonostante una tecnica chirurgica esente da errori (van Rij, 1998; Allegra, 2007), anche se non è ben definibile che cosa si debba intendere per chirurgia adeguata, o appropriata, e inadeguata, o non-appropriata (Jantet, 2000), si può immaginare a quale tipo di considerazioni si può giungere. Analogamente a quanto fatto in passato per la chirurgia arteriosa (Jibawi, 2006) dove si è dimostrato che i migliori risultati si ottengono solo in centri qualificati, alcuni lavori scientifici sembrano confermare gli stessi esiti per la chirurgia flebologica. Resta naturalmente da stabilire quali debbano essere i centri qualificati per professionalità, tecnologia e organizzazione in Flebologia in Italia.

## **Analisi dei costi**

I DVC rappresentano un notevole onere per i servizi di prestazione di salute ed un'importante fonte di costo per la società (Ruckley, 1997).

Il numero di ore lavorative perse per IVC ogni anno in Inghilterra e Galles è pari a circa 500.000 mentre negli USA (dove 25.000.000 di persone sono portatori di varici, 2.500.000 di IVC e 500.000 di ulcere venose attive) è di 2.000.000. Dati desunti dal servizio sanitario pubblico brasiliano dimostrano che fra le 50 malattie più frequentemente citate come causa di assenteismo dal lavoro e regolarmente riconosciute sul piano finanziario col rimborso, i DVC sono al 14° posto essendo la 32ª causa di inabilità permanente. I costi annuali per la gestione dei DVC, sicuramente in difetto, sono stimati in 290 milioni di £ in UK, 2.241.000.000 di € in Francia, 1.237.326.000 di € in Germania, 845.956.400 di € in Italia e 103.614.400 di € in Spagna. Inoltre viene stimato che per i principali Paesi europei la Comunità Europea stanzi l'1.5-2% dell'intero budget sanitario del 1992 esulando dai costi indiretti dovuti all'invalidità (Ruckley, 1997). Il costo annuale per la cura delle sole ulcere venose in UK è di circa 400-600.000.000 di £, oltre 1 bilione di \$ negli USA (300.000.000 di Dollari solo per le cure domiciliari), 204.520.000 € in Germania e 32.940.000 di € in Svezia mentre in Francia il trattamento di un'ulcera comporta una spesa media di 36.000 € all'anno. In Italia si effettuano circa 291.000 visite/anno per lesioni ulcerative con prescrizioni nel 95% dei casi e onere pari a 125.499.026 € all'anno (IMS, 1997). Complessivamente il costo diretto ed indiretto dei DVC è di circa 1.000 miliardi di € per ogni Stato europeo di cui si disponga di maggiori dati (UK, Francia, Germania) (Nelzen, 2000).

## **Sistema DRG e tendenze nella remunerazione della chirurgia venosa**

I DRG, come ormai ben noto, nascono in ambiente accademico nella seconda metà degli anni '70. Lo stato americano del New Jersey, preoccupato dell'enorme variabilità dei costi da ospedale ad ospedale, anche per il trattamento di casi simili, commissionò all'Università di Yale una ricerca per mettere a punto un sistema di controllo dell'efficienza degli ospedali.

A seguito della legge di riforma 502/517 del 1992/93, si decise nel 1994 anche in Italia di adottare la decima versione dei DRG (HCFA-DRG-10.0) per il pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri.

Per comprendere meglio però il funzionamento e la complessità e diversità dei calcoli in base ai DRG è necessario conoscere ulteriori dettagli. Per ogni DRG esiste un valore di soglia, espresso in giornate, che esprime il valore oltre il quale un caso è considerato fuori soglia (o outlier). Si definisce fuori soglia per durata di degenza un ricovero la cui durata di degenza si discosti in maniera statisticamente significativa da quella dell'insieme degli altri pazienti che presentano caratteristiche cliniche simili. Per ciascun DRG è indicato un valore soglia che individua la durata di degenza (espressa in giornate), oltre la quale si applica una remunerazione aggiuntiva, corrispondente al costo marginale sostenuto dall'ospedale quando il paziente supera il valore soglia del DRG di appartenenza. Questo rimborso viene definito mediante una cifra corrisposta "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia.

Inoltre, gli ospedali erogano prestazioni assistenziali di vario livello, intensità e durata in base alla tipologia dei pazienti ricoverati. La produzione di differenti tipi di casi, con diversi livelli di complessità, rappresenta la casistica globale dell'ospedale. Il case-mix costituisce appunto l'espressione di questa casistica. Sulla base di determinati requisiti sono state definite quattro classi di ospedali pubblici, equiparati ai pubblici e privati accreditati per acuti:

Classe A - Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno due dei requisiti indicati;

Classe B - Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno uno dei requisiti indicati ovvero siano monospécialistici con riferimento ad una delle alte specialità ex DM 29.01.1992, ovvero siano strutture pubbliche di riferimento provinciale;

Classe C - Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che non possiedono alcuno dei requisiti indicati, ma dispongono di almeno 120 posti letto, ovvero non abbiano 120 posti letto ma svolgano istituzionalmente attività di didattica o di ricerca ovvero siano monospécialistici, ovvero sede di Pronto Soccorso, ovvero 2° livello per l'assistenza perinatale;

Classe D - le altre strutture, comprese quelle nelle quali l'attività per acuti sia minima parte rispetto all'attività di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie.

Queste basi, ricordate solo in parte, sono indispensabili per la comprensione della enorme variabilità esistente sul territorio nazionale, relativo alle remunerazioni delle prestazioni.

Se date le premesse il panorama diventa intellegibile ciò non significa che sia condivisibile. Se prestazioni chirurgiche semplici vengono eseguite in strutture molto dispendiose (data la loro complessità, ecc) il SSN e il SSR dovrebbero impedire a tali strutture di eseguire cose "semplici" a tariffe proibitive o metterle nelle

condizioni di poter adeguare il setting assistenziale (day surgery/ambulatorialità) al fine di poter risparmiare risorse.

Il 119 è un DRG con elevato rischio di inappropriately per l'ampio ricorso al RO poiché in Italia, nella realtà dei fatti, non esiste una capillare diffusione delle cosiddette free stand Unit di Day Surgery.

Solo tali strutture possono garantire uno standard appropriato dal punto di vista tecnico-organizzativo delle prestazioni.

Quindi neanche la riduzione tariffaria può o deve rappresentare una soluzione dei problemi della Sanità. Le attuali tariffe di rimborso del DRG 119 (tranne casi eccezionali di alcune Regioni che avendo abbassato oltre ogni limite le stesse non fanno altro che incrementare il fenomeno della mobilità passiva) sono più che adeguate dal punto di vista generale. Il problema è la distribuzione delle risorse, nell'ambito di questo calcolo, che invece di premiare la professionalità dello specialista, la migliore organizzazione di un sistema rispetto all'altro, appiattisce gli stessi sui costi di gestione delle strutture che come sappiamo lasciano a desiderare su tutto il territorio nazionale.

Fino agli anni '90 comunque quasi nessuno si è posto il problema dei costi e delle tariffe, soprattutto in ambito flebologico, fino a quando nel panorama tecnologico non hanno fatto la comparsa le cosiddette tecniche endovascolari (Laser, Radiofrequenza, Scleromousse). Secondo l'assioma per cui, a parità di diagnosi principale, ciò che determina il DRG finale è la procedura utilizzata, è intuitivo che il DRG finale, utilizzando tali nuove metodiche, non può essere il 119 (generato dalla legatura e stripping).

Il primo vero problema è quindi che attualmente in Italia, pur utilizzando una classificazione, giunta alla 19<sup>a</sup> revisione, mancano le voci specifiche per classificare tali nuove procedure e quindi manca il sistema di calcolo di un nuovo DRG che tenga di conto del costo delle tecnologie, ma anche del diverso setting assistenziale che le stesse potenzialmente possono offrire.

Da ciò può nascere un uso e abuso di un diverso DRG quale il 479 che meglio di ogni altro però ricostruisce le specifiche di un intervento endovascolare e le reazioni di varie Regioni che in maniera arbitraria ne impediscono l'utilizzo o lo stravolgono nei suoi contenuti.

Se solo tutte le Regioni eseguissero una analisi dei costi che tenga presente l'aumento degli stessi giustificata dall'utilizzo di apparecchiature, materiali e know-how, ma la diminuzione relativa alla possibilità di un setting assistenziale più semplice (ambulatorialità), una più rapida ripresa del paziente alla sua vita di relazione, ecc; ecco che tutte le problematiche sarebbero risolte. Non è la tecnologia che costa, ma la presunzione di volerla applicare con le stesse modalità tecnico-amministrative; con gli stessi setting assistenziali di una chirurgia invasiva e in strutture non competitive e conservatrici.

Tutto ciò oltre a determinare un grave problema di politica economica determina un problema di ingiustizia sociale poiché non a tutti i cittadini viene offerta la possibilità di poter essere curati nel modo migliore creando quei flussi ingiustificati di pazienti da una Regione all'altra che influiscono non di poco nei bilanci economici delle singole Regioni.

### **Setting Assistenziale**

La possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa ad effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semiinvasive, praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione post-operatoria, in studi medici, ambulatori o strutture protette, in anestesia locale e/o loco-regionale, è sottoposta oggi in Italia a codifica normativa e legislativa attraverso i LEA (G.U. Repubblica Italiana, Febbraio 2002), onde differenziare i tre possibili regimi di effettuazione della chirurgia delle varici: ambulatoriale (A); day-surgery (DS); ricovero ordinario (RO).

I Protocolli di Valutazione Appropriately (PVA) sono strumenti discendenti dall'originario protocollo Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) per la valutazione di appropriately di utilizzo, sviluppato da Gertman e Restuccia nel 1981 (Gertman, 1981).

AEP rappresenta il metodo più ampiamente verificato, validato ed usato nei programmi di gestione negli ospedali USA fin dai primi anni 80. Successivamente, un gruppo di lavoro formato da sette Paesi europei (Austria, Francia, Italia, Portogallo, Spagna, Svizzera, Regno Unito) ha verificato, aggiornato e validato il protocollo AEP da cui deriva una versione europea (Lang, 1999).

Una versione italiana, chiamata Protocollo di Revisione Utilizzo Ospedale (PRUO), viene impiegata in diverse Regioni italiane (Ufficio MCQ, 2001; Restuccia, 2002).

Il PRUO è caratterizzato da aggiunte di sezioni specifiche mirate ad identificare le ragioni di ammissione e degenza non appropriate.

Moduli specifici sono necessari per identificare l'appropriately del Ricovero Ordinario piuttosto che in Day Surgery o prestazione Ambulatoriale.

I criteri utilizzati per la determinazione del livello assistenziale si dividono in quattro categorie :

- Comorbidità (presenza di problemi medici concorrenti che pongono il paziente in una situazione di rischio speciale, indipendentemente dal tipo di intervento chirurgico);
- Complicazioni (la possibilità di insorgenza nel post-operatorio , considerata durata dell' intervento uguale o superiore a 60 minuti, fattori sociali quali paziente che viva da solo o con indisponibilità ad uso di mezzi di trasporto, grande distanza dalla struttura sanitaria,ecc);
- Cure intensive (eventuali necessità nel post-operatorio);
- Criteri straordinari (override).

Dalla analisi di questi dati e con questi strumenti è emerso, in questi ultimi anni il concetto di inappropriatezza, nell'ambito dei LEA , del DRG 119 in termini di setting assistenziale. In sostanza l'analisi dei dati statistici elaborati dal Ministero della Salute italiano evidenziano come ancora troppi interventi di questo tipo vengono eseguiti in RO laddove sarebbe più appropriato in termini di governance il ricorso alla DS.

La DS dunque, sembra oggi la più adatta alla maggioranza degli interventi chirurgici per varici, a patto di seguire criteri selettivi precisi:

- a) la durata delle prestazioni in regime di DS deve essere preferibilmente contenuta entro un'ora;
- b) i pazienti da avviare a tale regime debbono essere opportunamente selezionati e debbono essere preventivamente informati sul tipo di intervento e/o di trattamento al quale saranno sottoposti, sottoscrivendo un consenso informato personalizzato. Attualmente è dimostrata una soddisfazione dei pazienti alla DS molto vasta, anche se essa non è gradita in percentuali vicine al 25% (Forsdahl, 1997; Campbell, 1998; Balzer, 2001; Sweeney, 2002);
- c) la selezione deve tener conto delle condizioni generali del paziente e dei fattori logistici e familiari;
- d) i pazienti che afferiscono ai programmi di chirurgia ambulatoriale e di DS devono essere in buone condizioni generali. I candidati ideali sono quelli classificati nelle classi ASA 1 ed ASA 2. Le urgenze chirurgiche sono escluse dal trattamento secondo tal regimi assistenziali;
- e) sono applicabili criteri di selezione in base ad età e peso. Con possibili eccezioni l'età massima indicativa è di 75 anni. L'obesità è un fattore di rischio di notevole importanza e tale condizione deve essere attentamente valutata;
- f) relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del paziente non sia lontano dalla struttura dove viene praticata la prestazione per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità e comunque il tempo di percorrenza dovrebbe essere preferibilmente compreso entro un'ora di viaggio. Ulteriore requisito è rappresentato dalla sicurezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento;
- g) 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;
- h) la scelta di intervenire in un regime piuttosto che in un altro resta 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;
- i) la scelta del regime di ricovero più opportuno sarà guidata dall'accertamento delle condizioni cliniche e psicologiche del paziente. Molte delle patologia trattabili in regime ambulatoriale, se di maggiore estensione o complicate, dovranno essere trattate in regime di DS o addirittura in regime di RO;
- l) si precisa da ultimo che, se un tipo di intervento compare nell'elenco delle prestazioni eseguibili in DS, ciò non deve costituire alcun obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tale regime assistenziale.

I dati italiani sono ben lontani da quelli ottenuti da altre esperienze come quella USA, dove la percentuale dei ricoveri in Day Hospital raggiunge quasi il 50%, ma testimoniano un trend comunque in miglioramento.

Se prendiamo in considerazione , più specificatamente i dati disponibili sul DRG 119 si documenta che nel 2004, anno preso qui per riferimento, sono stati eseguiti 116.013 interventi chirurgici , di cui 51.277 (circa il 44%) in RO con una degenza media di 1.90 giorni e 64.736 (55%) in regime di DS con una degenza media di 1.67 giorni. Sicuramente la elaborazione dei dati statistici di questi ultimissimi anni dimostreranno un ulteriore spostamento verso i ricoveri in DS.

I dati noti del Ministero della Salute (Welfare) offrono la possibilità di ulteriori osservazioni:

- le strutture che hanno recepito meglio lo spostamento del setting assistenziale verso le forme più semplici sono state le strutture private o private accreditate nelle quali la degenza media risulta più bassa rispetto alle altre strutture;

- solo una quota irrilevante sul totale di questi interventi viene eseguito in regime privatistico, contrariamente alla sensazione comune, per lo 0,07% e solo meno della metà degli interventi viene eseguita in strutture private accreditate. In sostanza questo è un intervento che continua ad essere eseguito prevalentemente in Ospedale o comunque in strutture pubbliche;
- l'analisi dei dati suddivisi per Regione ci indica come le Regioni del Centro-Nord si sono adeguate meglio è più prontamente, al cambiamento del setting assistenziale, preferendo la DS rispetto al RO, rispetto alle regioni del Centro-Sud e che la degenza media rimane comunque in assoluto più alta in queste regioni rispetto alle prime;
- un dato in controtendenza, rispetto ai dati epidemiologici, ci dice inoltre che vengono eseguiti molti più interventi di questo tipo al Centro-Nord rispetto al Centro-Sud evidenziando che esiste ancora un problema di mobilità dei pazienti anche per patologie minori.

Lontano dal voler dare delle interpretazioni sommarie all'analisi dei dati, gli stessi però devono farci riflettere sul fatto che in termini di revisione degli standard organizzativi, di remunerazione delle prestazioni, ancora bisogna lavorare alacremente, al fine di eliminare discriminazioni regionali che non hanno più motivo di esistere.

Negli ultimi anni si è evidenziato che lo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero nonché la disponibilità di nuove tecnologie sanitarie consentono l'erogazione, in regime ambulatoriale, in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore, di una nuova prestazione, affine e alternativa alla precedente, effettuata per via endovascolare con l'utilizzo di tecniche sofisticate (quali il Laser o la Radiofrequenza). Tale possibilità tecnica si è in alcuni casi trasformata, per alcune amministrazioni Regionali, in una occasione per ritoccare le remunerazioni senza che si stabilissero dei criteri oggettivi di tipo organizzativo. L'ambulatorialità è infatti un modello organizzativo più semplice rispetto al RO e alla DS che prescinde dal luogo di esecuzione della prestazione stessa. In sostanza il SSN italiano non è ancora pronto a recepire modelli puramente ambulatoriali (office) quali esistono in altri paesi Europei e negli USA.

In Italia al massimo si può accettare il modello di ambulatorialità chirurgica cosiddetta protetta cioè eseguita in ambito ospedaliero, ma con setting assistenziale semplificato.

In sostanza mentre ancora si cerca di ridurre il numero di RO, dall'altra si introduce la possibilità teorica e pratica di poter erogare la medesima prestazione anche in regime ambulatoriale.

Purtroppo mentre per i RO e per quelli in DS sono ormai noti i criteri di selezione universalmente accettati in Italia, per le prestazioni ambulatoriali si rimanda ai requisiti tecnico-amministrativi che ogni Regione adotta per prestazioni ambulatoriali (ma che fanno riferimento alle tradizionali prestazioni ambulatoriali quali quelle di endoscopia, odontoiatriche, ecc e non prendono in considerazione la chirurgia flebologica con le sue numerose varianti di tecniche possibili).

In Regioni quali il Veneto, ad esempio con Delibera della Giunta Regionale No. 2468 del 1° agosto 2006, si apportavano modifiche e aggiornamento delle tariffe al nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali comprendendo gli interventi per varici degli arti inferiori. In tale Delibera si procedeva a dare anche delle indicazioni più specifiche nel senso che venivano prefissate le percentuali per le tipologie del setting assistenziale, aggiungendo che le procedure endovascolari si dovevano intendere solo procedure con setting assistenziale ambulatoriale a cui ovviamente veniva attribuita una remunerazione più bassa e inadeguata per costo-beneficio complessivo.

Al fine di non creare confusione possiamo concludere che il setting ambulatoriale per il trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori si presta bene per le tecniche endovascolari ed esistendo un precedente normativo (Regione Veneto) può considerarsi lecita l'organizzazione di un tale setting. Per la chirurgia standard (stripping) si può ipotizzare la possibilità di un setting assistenziale ambulatoriale analogo, con requisiti tecnici e organizzativi che ogni Regione deve prime rivedere e codificare e non soltanto dal punto di vista prettamente economico, ma stabilendo quelle regole di comportamento e di sicurezza che non devono mancare anche in una visione di setting semplificato che non può peraltro non avere come protagonista della governance dello stesso il medico specialista.

## **LEA**

Data continuativamente come imminente dall'ottobre 2008 l'approvazione del Dpcm sui nuovi LEA, questi potrebbero comportare gravi rischi per il paziente. Nell'allegato 6B del testo in via di approvazione, ad esempio, ci sono interventi chirurgici che per la sicurezza del paziente non possono essere eseguiti in un semplice ambulatorio e comunque sotto forma di chirurgia ambulatoriale. In generale ci si riferisce alla

chirurgia dell'ernia inguinale – ma ciò vale anche in campo flebologico –, per la quale la European Hernia Society e un'apposita Commissione europea hanno stilato delle linee guida approvate dalle singole società nazionali dove è sancito il concetto di day-surgery per tale tipo di chirurgia da eseguire quindi esclusivamente con apposito regime e nelle apposite strutture identificate da precisi requisiti tecnici, organizzativi e amministrativi, e ciò dovrebbe valere anche per la chirurgia delle varici, salvo scelte di trattamenti e di tipologia di pazienti, adatti alla chirurgia ambulatoriale sulla base di parametri condivisi dagli specialisti e decisi caso per caso dagli stessi. Se ciò non avvenisse, il nuovo approccio potrebbe rivelarsi del tutto inadatto: infatti pure strutture ambulatoriali oltre a non essere attrezzate come sale operatorie, non presentano in generale il personale sufficiente e adatto per l'intervento chirurgico, come per esempio l'assistenza anestesiológica, nonostante si stia finalmente approdando alla consapevolezza che la maggioranza degli interventi sul circolo venoso superficiale possa essere eseguita in anestesia locale, con finanche evidenze giurisprudenziali (Corte di Cassazione, Sentenza 1004 del marzo 2009).

### **Raccomandazioni della SICVE e del CIF (2007) riguardo il setting assistenziale della chirurgia delle varici.**

Trarre dalle conclusioni da questa analisi, con decisioni e dati che come noto sono andati evolvendosi negli anni in sfavore ulteriore della decisionalità medica e dell'interesse e gradimento del paziente, può apparire scontato, soprattutto considerando che già da un punto di vista della indicazione la chirurgia di un giorno in questo campo è stata, in modo ampio, avvalorata scientificamente.

E' necessario peraltro sottolineare un aspetto fondamentale, il vero filo conduttore della moderna chirurgia delle varici: la personalizzazione del trattamento.

Allo stesso modo, andrà personalizzata la tipologia dell'ospedalizzazione, superando rigidi schematismi che prevedano il ricovero diurno sempre e comunque, a volte in contrasto con le esigenze della persona. Occorre infatti ricordare che la prima regola di buona riuscita della day surgery è l'accettazione da parte del paziente di un protocollo di trattamento che implica il suo diretto coinvolgimento, e la presa in carico di situazioni e problematiche da tempo e classicamente affidate al medico. Compito di quest'ultimo sarà gestire con intelligenza e sensibilità le diverse esigenze di pazienti così differenti per caratteristiche di patologia e psico-socio-ambientali.

In altri termini, ferma restando la validità scientifica e economica di trattare le varici in day surgery, la prima parola sull'argomento competerà, come sempre, al paziente, vero protagonista dei propri diritti, quanto da parte dello specialista il continuo riferimento alle Linee Guida disponibili e atte alla realtà di singoli Paesi.

Il setting assistenziale più appropriato per il trattamento chirurgico della maggioranza delle varici degli arti inferiori è rappresentato dalla DS.	<b>Grado A I</b>
La DS dovrebbe essere eseguita in Unità Operative dedicate o Free Stand Unit	<b>Grado B III</b>
Il trattamento endovascolare delle varici può prevedere un setting assistenziale proprio, laddove le Regioni abbiano provveduto a elaborare criteri di selezione e appropriatezza specifica, congiuntamente agli specialisti.	<b>Grado B I</b>

### **Riferimenti bibliografici in:**

1. Agus GB Chirurgia delle varici. Un osservatorio italiano. EDRA Ed, Milano 2006.