

**ASPETTI GESTIONALI DELLA DAY SURGERY**  
**ANALISI DEL MANCATO RICOVERO**  
**(Dott. Claudio Sacchi. DHC IRCCS Humanitas Rozzano - MI)**

L'unità operativa polispecialistica di Day Surgery (DS) dell'Istituto Clinico Humanitas (ICH), si configura come una struttura dotata di personale medico, anestesisti, ed infermieristico, dedicato e sistemi operativi comuni. È a servizio di tutte le unità operative chirurgiche per le quali effettua, attraverso percorsi specifici, la preospedalizzazione e la valutazione anestesiologicala per gli interventi chirurgici in elezione o in urgenza differibili, che possono rientrare nel quadro del ricovero in DS o breve.

Nell'ambito della nostra unità operativa, una particolare attenzione viene posta alla qualità del servizio erogato, che di per sé stessa non è di facilissima valutazione, poiché non va ovviamente riferita solo al risultato positivo dell'intervento chirurgico.

Credo si possa affermare che il target di qualità sia lo "zero defect", pertanto in DS il rispetto dei principi organizzativi deve essere considerato un imperativo. Ogni possibile problema deve essere rigorosamente risolto prima dell'intervento chirurgico: i requisiti organizzativi devono quindi prevedere una serie di protocolli per una diretta gestione dei pazienti dalla prima visita alla fase diagnostica, al giorno dell'intervento ed, infine, alla fase di follow up.

Il tutto può essere riassunto nel concetto di Medicina Perioperatoria, che applicato alla DS significa che l'intero processo terapeutico deve essere contenuto all'interno di poche ore: da qui l'enorme importanza di una organizzazione efficiente, allenata e rapida, dove non ci deve essere spazio alcuno per l'improvvisazione.

La qualità in DS fa perno su tre punti fondamentali:

- Il controllo dei processi
- La soddisfazione del cliente
- Il coinvolgimento degli operatori

Nella DS gran peso rivestono le procedure, cioè quei documenti che precisano dove, perché e come verrà compiuta una determinata azione. Tutte le fasi del processo diagnostico-terapeutico devono essere oggetto di procedura e di facile accessibilità.

La "customer's satisfaction" è essenziale nel processo di qualità, per cui tutto il team deve collaborare per raggiungere l'obiettivo.

Per il coinvolgimento degli operatori basilare è la presenza di linee guida, che permettano un atteggiamento omogeneo da parte degli operatori sanitari, senza incertezze; solo in questo modo il paziente-cliente percepirà l'unità del team, meccanismo fondamentale per dargli fiducia e rassicurarlo il più possibile.

Se questo, a grandi linee, è il processo qualità di una unità operativa di DS, di particolare interesse è la ricerca di indicatori per la valutazione della qualità.

Uno degli indici di qualità dell'attività di DS sono i mancati ricoveri. Ciò è dovuto all'importante riflesso che il mancato ricovero del paziente ha direttamente su diversi aspetti organizzativi che possono essere:

- L'allungamento delle liste di attesa per l'intervento

- L'organizzazione e la gestione delle sedute operatorie del giorno stesso
- Lo spreco di risorse, sia in termini di personale, che di strutture e mezzi impiegati, nella fase di prericovero

L'Australian Council on Health Care System propone due indicatori per la valutazione della qualità nella fase di selezione, ovvero durante il prericovero.

Il primo è il rapporto tra il numero di pazienti che non vengono riconosciuti idonei dall'anestesista, cosa che accade con maggior frequenza se la visita anestesologica non è sistematicamente effettuata qualche giorno prima dell'intervento, ed il numero di pazienti attesi per l'intervento stesso.

#### **P.TI CANCELLATI / P.TI ATTESI**

Il secondo è il rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e quelli attesi.

#### **P.TI NON PRESENTATISI / P.TI ATTESI**

Il primo indicatore, che determina la cancellazione del paziente già durante l'iter di prericovero, è parte integrante della valutazione in tale fase ed ha un impatto sui costi e sull'organizzazione della DS inferiore al secondo indicatore di qualità preso in considerazione.

Ciononostante è anche esso passibile di miglioramento, sia in termini di efficacia che di efficienza.

Sostanzialmente abbiamo identificato due step di possibile inciampo nel normale flusso di prericovero.

Il primo è determinato dalla mancanza di "filtro" nella valutazione chirurgica in fase di proposta di ricovero.

Ovvero di un focalizzarsi dell'attenzione da parte del chirurgo sul solo aspetto dell'indicazione all'intervento, senza, talvolta, soffermarsi sufficientemente sulle condizioni cliniche di base del paziente (presenza di comorbidità), o sulle sue condizioni socio psicologiche e quant'altro possa già escludere in partenza l'approccio chirurgico in DS.

Il secondo riguarda la valutazione più strettamente anestesologica, nel senso di una povertà o se vogliamo di una "mancanza di fantasia" nel proporre nuove tecniche anestesologiche, poco cruente, a bassa incidenza di complicanze e di facile esecuzione, tali da rendere possibili interventi anche in pazienti particolarmente complessi.

Lavorare su questi due aspetti del prericovero può portare indubbi vantaggi in termini di efficienza, evitando di proporre un iter di valutazione diagnostico-strumentale ed anestesologica a pazienti che certamente verranno "non accettati" per l'intervento proposto, e di efficacia, nel senso di ricercare e mettere a punto tecniche chirurgiche ed anestesologiche a basso impatto, tali da essere applicati a tutti i pazienti. Questo, comunque, non potrà mai azzerare il numeratore del rapporto pazienti cancellati/attesi, in quanto è insito del processo di valutazione preoperatoria la possibilità di escludere un paziente che non venga ritenuto idoneo all'intervento in sé e per sé, o per il semplice approccio in DS.

Il secondo indice di qualità indicato dall'Australian Council on Health Care System viene indicato dai pazienti che il giorno dell'intervento non si presentano o vengono sospesi. Presso il nostro istituto questo dato viene monitorato dalla Gestione Operativa, ovvero da quella sezione dell'amministrazione che si occupa della gestione delle sale operatorie, comprese quelle dedicate alla DS.

Le sale operatorie di DS sono in Humanitas dieci, cinque in cui si eseguono interventi di chirurgia ortopedica, le rimanenti ove si svolgono interventi di altre branche chirurgiche quali l'oculistica, la chirurgia plastica, ecc. a noi afferenti.

I dati raccolti riguardano i pazienti sospesi negli anni 2007 e 2008, prima suddivisi per mesi, successivamente, per i motivi che hanno portato alla sospensione dell'intervento.

In particolare, per quanto riguarda i motivi di sospensione abbiamo individuato quattro diverse motivazioni che ne potessero raggruppare le numerose cause:

- Motivo A = motivo del paziente (es. rinuncia)
- Motivo B = motivo organizzativo (es. overtime della Sala Operatoria)
- Motivo C = motivo clinico (es. Sindrome Influenzale)
- Motivo D = Altro (es. rivendicazioni sindacali)

#### PAZIENTI ANNO 2007

MESI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOT.
SOSP.	51	50	66	38	55	67	42	17	45	63	38	17	554
ATTESI	1077	1151	1245	1038	1281	1175	1184	298	1156	1386	1269	825	13085
%	5	4	5	4	4	6	4	6	4	5	3	2	4

#### PAZIENTI ANNO 2008

MESI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOT.
SOSP.	42	48	59	75	44	76	41	1	77	77	52	42	634
ATTESI	941	1074	951	1034	969	906	914	64	908	1107	960	725	10553
%	4	4	6	7	5	8	4	2	8	7	5	6	6

#### TABELLA

	2007	%	2008	%
MOTIVO A	128	23,1	169	26,7
MOTIVO B	115	20,8	172	27,1
MOTIVO C	259	46,7	285	45
MOTIVO D	52	9,4	8	1,2

I dati raccolti sono importanti perché fotografano, per la prima volta, sia l'incidenza dei mancati ricoveri sull'attività della nostra DS, che le loro cause.

Da questi dati si evince che i mancati ricoveri incidono in media sul 5% dei ricoveri attesi, con un peggioramento dal 2007 al 2008 sia in percentuale (dal 4 al 6%), sia in termini assoluti (da 554 a 634).

Più importante è l'analisi delle cause che hanno portato al mancato ricovero per l'intervento programmato.

La parte del "leone" è costituita dai motivi clinici (2007 = 46,7% - 2008 = 45%). Se in parte ciò può essere legato alla casualità, altri fattori determinanti possono essere la valutazione in sede preoperatoria (malesseri passeggeri in corso, assunzione di terapie) e la prolungata attesa tra il termine dell'iter preoperatorio e il giorno programmato per l'intervento, in quanto più questo è protratto maggiore è la probabilità che un fatto puramente accidentale possa variare la situazione valutata in sede di prericovero.

Significativi sono percentualmente anche i motivi legati ai pazienti e quelli legati a motivi organizzativi, mentre hanno un'incidenza davvero esigua, in particolare per l'anno 2008 (1,2%), i motivi raggruppati sotto

la dizione Altro, nei quali rientrano motivi sindacali, condizioni meteorologiche, giorni in prossimità di festività ecc.

Se i motivi di rinuncia all'intervento da parte del paziente possono essere infiniti, possiamo, comunque, individuarne almeno due su cui agire per ridurre l'incidenza, e sono:

- La lunghezza delle liste d'attesa
- L'effetto di "prima impressione" che il paziente avverte nei confronti dell'organizzazione e verso il personale addetto.

Sicuramente il dato che maggiormente si presta ad azioni di miglioramento è quello legato all'organizzazione, dove uno sforzo comune dell'equipe medico-infermieristica può evitare intralci ed intoppi al normale fluire dell'attività clinica. Ritengo che ci possa essere un margine di miglioramento nei tempi di sala operatoria, legati ad esempio alla sterilizzazione dei ferri, all'esecuzione delle anestesie e degli interventi chirurgici, alla pulizia delle sale, ma anche ad un più veloce disbrigo delle pratiche burocratiche, ad una razionalizzazione delle liste operatorie, in altre parole questo dato deve stimolare ad una riflessione sia sui tempi che sui modi dell'organizzazione del DS il giorno dell'intervento.

In conclusione possiamo affermare che i mancati ricoveri sono un indice di qualità di primaria importanza nel ricovero in DS, con un'incidenza, nella nostra realtà, abbastanza rilevante, ma che possono e debbono essere, in quanto indicatori di qualità, da stimolo per una migliore performance delle nostre unità operative.

#### BIBLIOGRAFIA

ACHS: *Clinical Indicators: Hospital-wide Medical Indicators, version 3: a user's manual*,  
ACHS Care Evaluation Program, St. Vincent Hospital, Victoria, Australia

**DOMANDA PER QUESTIONARIO** (in grassetto la risposta esatta)

QUALI DEI SEGUENTI MOTIVI INCIDE MAGGIORMENTE SUI MANCATI RICOVERI:

- MOTIVI LEGATI ALLA SFERA PERSONALE DEL PAZIENTE
- MOTIVI ORGANIZZATIVI DELLA DAY SURGERY
- **MOTIVI CLINICI**
- ALTRO