

Ao6

Concetta Anna Dodaro

Appunti di infermieristica





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it

info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX

Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it

info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20

00020 Canterano (RM)

(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2354-6

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: settembre 2019

II Capitolo I

Assistenza infermieristica e Day Surgery

1.1. Introduzione, 11 – 1.2. La normativa, 12 – 1.3. I modelli organizzativi, 14 – 1.3.1. *I modelli*, 14 – 1.3.2. *Le figure di gestione*, 17 – 1.4. Il regolamento, 17 – 1.5. Definizione delle attività, 18 – 1.6. Continuità assistenziale post dimissione, 19 – 1.7. Gestione di eventuali complicanze, 19 – 1.8. Il processo assistenziale, 20 – 1.9. Individuazione delle risorse, 21 – 1.10. Il personale, 21 – 1.10.1. *I medici*, 21 – 1.10.2. *Il medico responsabile*, 22 – 1.10.3. *Gli infermieri*, 22 – 1.11. Ruoli e responsabilità, 22 – 1.12. Le procedure organizzative, 26 – 1.12.1. *Selezione degli interventi e delle procedure chirurgiche*, 26 – 1.12.2. *Selezione dei pazienti*, 26 – 1.12.3. *Proposta di ricovero*, 26 – 1.12.4. *Gestione lista d'attesa*, 27 – 1.12.5. *Compilazione della lista operatoria*, 27 – 1.12.6. *Valutazione anestesiológica ed accertamenti preoperatori*, 28 – 1.12.7. *Primo accesso: apertura cartella e SDO*, 28 – 1.12.8. *Secondo accesso: accettazione*, 29 – 1.12.9. *Accesso alla sala operatoria, intervento*, 29 – 1.12.10. *dimissione*, 30 – 1.13. Follow up, 30 – 1.13.1. *Contatto telefonico*, 30 – 1.13.2. *Controlli post operatori*, 30.

31 Capitolo II

L'assistenza infermieristica nelle patologie del colon-retto

2.1. Introduzione, 31 – 2.2. Chirurgia ambulatoriale, 31 – 2.2.1. *Day Surgery/One Day Surgery*, 31 – 2.3. Note di anatomia e fisiologia, 32 – 2.4. Patologie coliche di pertinenza chirurgica: il ruolo dell'infermiere, 33 – 2.4.1. *Diverticoli*, 33 – 2.4.2. *Retto Colite Ulcerosa e Morbo di Crohn*, 33 – 2.4.3. *Emorroidi*, 34 – 2.4.4. *Ascesi e fistole*, 34 – 2.4.5. *Ragade*, 35 – 2.4.6. *Prolasso rettale*, 35 – 2.4.7. *Tumori del colon retto*, 36 – 2.4.8. *Stomie*, 36 – 2.4.9. *Assistenza infermieristica pre e post chirurgica*, 36 – 2.4.10. *Assistenza pre-operatoria*, 36 – 2.4.11. *Assistenza post-operatoria*, 37 – 2.5. Conclusioni, 38.

39 Capitolo III

Gastrostomie e Digiunostomie

3.1. Introduzione, 39 – 3.2. Indicazioni più frequenti nell'adulto, 40 – 3.2.1. *Patologie locali dell'orofaringe, dell'esofago e del mediastino*, 40 – 3.3. Patologie a carico del SN centrale e periferico, 40 – 3.4. Indicazioni più frequenti nei bambini, 40 – 3.5. Indicazioni alla gastronomia e digiunostomia, 42 – 3.6. Tecnica, 43 – 3.7. Complicanze, 44 – 3.8. Complicanze della nutrizione enterale, 44 – 3.9. Nursing, 45 – 3.10. Conclusioni, 47.

51 Capitolo IV Genetica clinica e nursing

4.1. Introduzione, 51 – 4.2. La formazione dell'infermiere, 52 – 4.2.1. *Conoscere la legislazione*, 52 – 4.2.2. *Conoscere le Malattie eredo-familiari*, 53 – 4.2.3. *Conoscere i tipi e i tempi di uno screening*, 54 – 4.2.4. *Follow up*, 56 – 4.3. Conclusioni, 57.

59 Capitolo V Il paziente politraumatizzato

5.1. Introduzione, 59 – 5.2. Generalità, 60 – 5.3. Criteri di identificazione del politrauma, 60 – 5.4. Ruolo del sistema di emergenza del 118, 61 – 5.5. Messa in sicurezza della scena, 62 – 5.6. Triage dei feriti per priorità di trattamento, 62 – 5.7. Approccio al paziente politraumatizzato, 63 – 5.7.1. *Fattori ambientali strutturali*, 63 – 5.7.2. *Fattori clinici*, 63 – 5.7.3. *Anticipazione*, 65 – 5.7.4. *Valutazione primaria*, 65.

71 Capitolo VI Il processo di nursing

6.1. L'infermiere, un po' di storia. . . , 71 – 6.1.1. *Professione infermieristica ed evoluzione del cambiamento attualità e prospettive*, 72 – 6.2. Il processo di nursing, 73.

81 Capitolo VII Il rischio clinico in sala operatoria

7.1. Introduzione, 81 – 7.2. Gli strumenti del governo clinico, 83 – 7.3. Ogni realtà ha un suo percorso, 84 – 7.4. Il *Risk Management*, 85 – 7.4.1. *L'importanza dei Near Miss*, 86 – 7.5. Classificazione degli errori, 89 – 7.5.1. *Valutazione del rischio organizzativo nei processi di cura*, 89 – 7.6. Tecniche e strumenti di identificazione dei rischi nelle organizzazioni complesse, 90 – 7.6.1. *Tecniche di analisi*, 90 – 7.6.2. *Analisi reattiva*, 90 – 7.6.3. *Strumenti di analisi reattiva*, 91 – 7.6.4. *Gli strumenti*, 97 – 7.7. Eventi sentinella e strategie di sorveglianza, 98 – 7.7.1. *Protocollo ministeriale di monitoraggio ES*, 98 – 7.7.2. *Lista eventi sentinella*, 99 – 7.7.3. *Responsabilità infermieristica*, 99 – 7.8. Rischio in sala operatoria, 100 – 7.9. Gestione del paziente, 101 – 7.10. Prevenzione infezioni del sito chirurgico, 102 – 7.11. Risultati e analisi dei dati, 104 – 7.12. Conclusioni, 104.

107 Capitolo VIII Il ruolo dell'infermiere nella gestione dei grandi ustionati

8.1. Introduzione, 107 – 8.1.1. *Epidemiologia*, 107 – 8.1.2. *Eziologia*, 107 – 8.1.3. *Fisiopatologia dell'ustione*, 108 – 8.1.4. *Valutazione dell'entità di un'ustione*, 108 – 8.2. Pronto soccorso del paziente ustionato, 109 – 8.2.1. *Trattamento sanitario in emergenza*, 110 – 8.2.2. *Protocollo del Maryland per il trattamento sul posto di pazienti ustionati*, 111 – 8.3. Primo soccorso specializzato: ospedalizzazione in un centro grandi ustionati, 112 – 8.3.1. *Allertamento del reparto*, 112 – 8.3.2. *Preparazione zona filtro*, 113 – 8.4. Preparazione unità di degenza, 113 – 8.4.1. *Monitoraggio parametri vitali*, 114 – 8.5. Gestione dell'ustione, 115 – 8.5.1. *Fase di emergenza*, 115

– 8.5.2. *La toletta e la detenzione dell'ustione*, 115 – 8.5.3. *La prima medicazione*, 116 – 8.5.4. *Rimozione dei tessuti devitalizzati*, 117 – 8.5.5. *Cambio della medicazione*, 117 – 8.5.6. *Gli agenti topici*, 118 – 8.6. *La terapia d'urgenza*, 119 – 8.6.1. *La sedazione del dolore*, 120 – 8.7. *Trattamento chirurgico*, 120 – 8.8. *Disfunzioni nella guarigione delle lesioni*, 121 – 8.9. *Riabilitazione*, 122 – 8.10. *Conclusioni*, 125.

127 Capitolo IX

L'assistenza infermieristica nel paziente trapiantato renale

9.1. *Introduzione*, 127 – 9.2. *Assistenza pre-operatoria*, 128 – 9.3. *Assistenza nell'immediato periodo pre-operatorio*, 130 – 9.4. *Assistenza intra-operatoria*, 132 – 9.5. *Assistenza post-operatoria immediata*, 133 – 9.6. *Assistenza post-operatoria tardiva*, 137 – 9.7. *Alla dimissione dal centro trapianti*, 137 – 9.8. *Considerazioni*, 138.

141 Capitolo X

L'handicap nutrizionale nel paziente chirurgico

10.1. *Introduzione*, 141 – 10.2. *La nutrizione enterale*, 142 – 10.2.1. *Miscele nutrizionali*, 144 – 10.2.2. *Modalità di somministrazione*, 146 – 10.2.3. *Complicanze della nutrizione enterale*, 148 – 10.3. *La nutrizione parenterale*, 150 – 10.3.1. *Vie di accesso*, 152 – 10.3.2. *Controllo della NPT*, 153 – 10.3.3. *Complicazioni*, 153 – 10.4. *Conclusioni*, 154.

155 Capitolo XI

La donazione e il trapianto d'organo

11.1. *Introduzione*, 155 – 11.2. *Legislatura*, 155 – 11.3. *Il donatore cadavere e la sala operatoria*, 159 – 11.3.1. *Tecnica del prelievo*, 159 – 11.4. *Assistenza infermieristica nel trapianto di rene*, 162 – 11.4.1. *Assistenza nel pre-trapianto*, 163 – 11.4.2. *Assistenza nel post-operatorio*, 164 – 11.4.3. *Bilancio idrico*, 168 – 11.5. *Assistenza al trapianto nel lungo termine*, 170 – 11.6. *Risultati del trapianto renale*, 171 – 11.7. *Conclusioni*, 173.

175 Capitolo XII

La Formazione continua

12.1. *Introduzione*, 175 – 12.2. *ECM: obiettivi*, 176 – 12.2.1. *Obiettivi formativi d'interesse nazionale*, 176 – 12.3. *La Formazione continua in sala operatoria*, 179 – 12.3.1. *Funzione infermieristica*, 179 – 12.3.2. *Funzione medica*, 179 – 12.3.3. *Riforma Sanitaria*, 180 – 12.3.4. *Funzione formativa*, 180 – 12.3.5. *Total Quality Management*, 181 – 12.3.6. *Educazione alla salute*, 182 – 12.3.7. *La qualità in azienda*, 183 – 12.3.8. *La sala operatoria*, 184 – 12.3.9. *L'Emergenza*, 185 – 12.3.10. *Il management infermieristico*, 186 – 12.3.11. *La struttura*, 186 – 12.3.12. *I meccanismi operativi*, 187 – 12.4. *Conclusioni*, 190.

193 Capitolo XIII

Nursing dei sistemi impiantabili

13.1. *Introduzione*, 193 – 13.2. *Impianto*, 194 – 13.3. *Indicazioni*, 194 – 13.4. *Gestione*

delle complicanze, 195 – 13.5. Casistica, 196 – 13.6. Gestione infermieristica, 196 – 13.6.1. *Medicazione e controllo del sito*, 197 – 13.6.2. *Infusione attraverso il port*, 198.

201 Capitolo XIV

Nursing e cancro della mammella avanzato

14.1. Introduzione, 201 – 14.2. Valutazione infermieristica, 201 – 14.3. Trattamento chirurgico: terapia demolitiva, 203 – 14.4. Trattamento chirurgico: terapia conservativa, 203 – 14.5. Trattamento chirurgico: terapia ricostruttiva, 203 – 14.6. Trattamento chemioterapico, 204 – 14.7. Trattamento ormonoterapico, 204 – 14.7.1. *Indicazioni al trattamento radioterapico*, 205 – 14.7.2. *Come si svolge il trattamento radioterapico*, 205 – 14.7.3. *Effetti collaterali della radioterapia*, 206 – 14.8. Problematiche legate alla mancanza dell'organo mammario, 207 – 14.9. Linfedema, 207 – 14.10. Assistenza infermieristica, 208.

211 Capitolo XV

Nursing e patologia mammaria in Day Surgery

15.1. Introduzione, 211 – 15.2. Materiali e metodi, 212 – 15.2.1. *Fase pre-operatoria*, 213 – 15.2.2. *Fase intra-operatoria*, 214 – 15.2.3. *Fase post-operatoria*, 215 – 15.2.4. *Riduzione del dolore e del disagio*, 216 – 15.3. Mantenimento dell'integrità cutanea e prevenzione delle infezioni, 216 – 15.4. Miglioramento della capacità di adattamento, 218 – 15.5. Miglioramento della cura personale, 218 – 15.6. Monitoraggio e trattamento di potenziali complicanze: linfedema ed ematoma, 219 – 15.7. Conclusioni, 219.

223 Capitolo XVI

Nursing intensivo post-chirurgico

16.1. Introduzione, 223 – 16.2. La gestione post operatoria, 224 – 16.2.1. *Ruolo dell'infermiere nel mantenere la pervietà delle vie aeree*, 224 – 16.2.2. *Ruolo dell'infermiere nel mantenere la stabilità cardiovascolare*, 225 – 16.3. Il paziente anziano, 226 – 16.4. Gestione del paziente nelle prime 24 ore, 228 – 16.5. Eventi, 228.

231 Capitolo XVII

Nursing nel paziente obeso

17.1. Introduzione, 231 – 17.2. Caratteristiche del paziente obeso, 232 – 17.2.1. *Generalità*, 232 – 17.2.2. *Epidemiologia*, 233 – 17.2.3. *Eziopatogenesi*, 234 – 17.2.4. *Misurazione*, 235 – 17.3. Patologie più frequentemente correlate all'obesità, 236 – 17.3.1. *Obesità e ipertensione arteriosa*, 236 – 17.3.2. *Obesità e malattie cardiovascolari*, 237 – 17.3.3. *Obesità e aterosclerosi*, 238 – 17.3.4. *Apparato gastrointestinale*, 239 – 17.3.5. *Affezioni osteo-articolari*, 239 – 17.3.6. *Sistema venoso periferico*, 239 – 17.4. Valutazione dei rischi nel pre-operatorio, 240 – 17.4.1. *Fattori di rischio generico*, 241 – 17.4.2. *Stato dei singoli organi e apparati*, 242 – 17.4.3. *fattori specifici di rischio operatorio*, 244 – 17.5. Assistenza infermieristica in fase pre-operatoria, 245 – 17.5.1. *Preparazione psicologica*, 245 – 17.5.2. *Accertamento fisico generale*, 246 – 17.5.3. *Educazione preparatoria*, 247 – 17.5.4. *Interventi infermieristici*, 247 – 17.5.5. *Preparazione pre-operatoria del paziente grave obeso*, 248 – 17.6. Assistenza infermieristica nella

fase intra-operatoria, 249 – 17.6.1. *La valutazione e la condotta pre-operatoria*, 250 – 17.6.2. *La posizione intra-operatoria*, 252 – 17.6.3. *L'anestesia*, 252 – 17.7. Decorso e assistenze post-operatoria, 254 – 17.7.1. *Valutazione primaria*, 255 – 17.7.2. *Valutazione secondaria*, 256 – 17.7.3. *Fase di controllo*, 257 – 17.7.4. *Valutazione finale e dimissione dal PACU*, 258 – 17.8. Le più comuni complicanze post-operatorie nel paziente obeso, 258 – 17.8.1. *Complicanze della ferita chirurgica*, 259 – 17.8.2. *Complicanze post-operatorie*, 260 – 17.8.3. *Interventi infermieristici per monitorare le complicanze*, 263 – 17.9. Conclusioni, 265.

267 Capitolo XVIII

Organizzazione sanitaria dipartimentale

18.1. Introduzione, 267 – 18.2. Discussione, 269 – 18.3. Conclusioni, 274.

277 Capitolo XIX

Ruolo dell'infermiere nell'emergenza

19.1. Introduzione, 277 – 19.2. Linee guida, protocolli, procedure, profili di cura, 278 – 19.3. La centrale operativa 118, 279 – 19.4. L'infermiere di centrale operativa, 281 – 19.5. Filosofia dell'infermiere operatore di CO 118, 282 – 19.6. Elementi di comunicazione verbale tra CO e utente, 282 – 19.7. Ricezione delle richieste di soccorso, 284 – 19.8. La valutazione sanitaria telefonica, 285 – 19.9. Il soccorso territoriale, 285 – 19.9.1. *L'infermiere del soccorso territoriale*, 285 – 19.9.2. *Principi del soccorso territoriale*, 286 – 19.9.3. Basic Life Support and Defibrillation (BLS-D), 287 – 19.9.4. Advanced Life Support, 287 – 19.9.5. Prehospital trauma care (PTC), 288 – 19.10. Il triage, 288 – 19.10.1. *Triage intra-ospedaliero (pronto soccorso)*, 289 – 19.10.2. *La valutazione di triage*, 290 – 19.10.3. *Indicatori vitali*, 291 – 19.10.4. *Aspetti particolari del triage in pronto soccorso*, 293 – 19.10.5. *Triage: consenso informato e diritto alla riservatezza*, 294 – 19.10.6. *Profili di responsabilità*, 295 – 19.10.7. *Triage pre-ospedaliero*, 296 – 19.10.8. *Triage di invio*, 296 – 19.10.9. *Triage di trattamento*, 298 – 19.10.10. *Triage nelle maxi emergenze*, 299 – 19.10.11. *Triage negli incidenti con più feriti*, 300 – 19.10.12. *Triage nelle calamità*, 300.

307 Capitolo XX

Aspetti psicologici nel paziente con trapianto di rene

20.1. Introduzione, 307 – 20.2. Meccanismi di difesa, 308 – 20.3. Implicazioni psicologiche del trapianto, 309 – 20.4. Manifestazioni psichiatriche, 310 – 20.5. L'Assistenza infermieristica pre-operatoria, 312 – 20.6. Considerazioni conclusive, 315.

317 Bibliografia

Assistenza infermieristica e Day Surgery

1.1. Introduzione

L'organizzazione della Sanità mondiale, in stretta connessione con il generale mutamento delle abitudini della popolazione, si è modificata in ragione di una più puntuale azione di prevenzione dei quadri morbosi e dell'infortunistica in genere, del miglioramento dei risultati degli interventi, del profondo cambiamento delle tecniche chirurgiche, sicuramente meno invasive, come anche delle tecnologie di supporto e dell'anestesia.

La conseguenza più rilevante è la scelta, opportuna e necessaria, di strategie clinico gestionali, più agili ed essenziali ma ugualmente qualificate che fossero ancor più rigorosamente basate su criteri di sicurezza, utilità ed efficacia, ma anche di organizzazioni innovative nella stessa gestione mediate dagli esempi del mondo delle aziende che ha portato forme manageriali anche nel governo delle strutture sanitarie.

Un esempio significativo di questa tipologia di provvedimenti è rappresentato dalla graduale diffusione e affermazione, a livello mondiale, della nuova realtà chirurgica diurna, più comunemente conosciuta col nome di "Day Surgery".

La nozione di chirurgia ambulatoriale/Day Surgery compare all'inizio del XX secolo, ma è dagli anni Settanta che inizia a svilupparsi soprattutto negli Stati Uniti e negli anni ottanta ad emergere come realtà ospedaliera.

Le motivazioni che spiegano il boom della Day Surgery nei vari Paesi sono di carattere economico e assicurativo negli USA, di riduzione della spesa pubblica e quindi di letti in Canada, fino alla necessità di ridurre le liste di attesa in Inghilterra.

In Italia la percentuale di interventi in regime di Day Surgery raggiunge circa il 15%, anche se la mancanza di un coordinamento tra pubblico e privato nella fornitura dei dati rende difficile una quantificazione precisa. La tendenza generale è orientata verso lo sviluppo di questo modello per motivazioni di carattere economico e logistico che spingono verso la riduzione di occupazione di posti letto per malati acuti, verso l'aumento della domanda di prestazioni di tipo riabilitativo e di assistenza domiciliare e verso l'incremento di prestazioni ambulatoriali.

Il concetto di Day Surgery nasce nell'ambito sanitario con la radice culturale innovativa del "servizio" finalizzato a prendere in carico e risolvere il problema della salute garantendo il risultato clinico e mediante una avanzata flessibilità di sistema. Si tratta, dunque di un vero e proprio percorso alternativo alla classica ospedalizzazione. Il nostro Sistema Sanitario Regionale è riuscito a recepire solo alcuni aspetti della "rivoluzione Day Surgery"; ciò perché la cultura dominante basata sull'Ospedale al centro di tutto ha impedito che modelli organizzativi differenti dal tradizionale luogo di ricovero potessero significativamente formalizzarsi.

In Italia la Day Surgery è vista più come adattamento di situazioni preesistenti piuttosto che come nuova modalità di gestire in modo agile e professionale un intero percorso assistenziale analizzando e pianificando il fabbisogno sanitario dell'utenza.

1.2. La normativa

In Italia i documenti legislativi nei quali per la prima volta è riscontrabile un'idea simile a quella già descritta non parlano di Day Surgery ma di ospedalizzazione a ciclo diurno o Day Hospital.

Il primo riferimento normativo lo incontriamo nel 1983; con questa legge il ricovero diurno configura una possibilità intermedia tra il regime di ricovero ordinario e l'attività ambulatoriale.

Di Day Surgery si parla per la prima volta nel 1988, in una ricerca finalizzata del Ministero della Sanità e realizzata nel 1990 dal Prof. E. Guzzanti dal titolo: "Day Surgery. Identificazione di un modello funzionale organizzativo e gestionale".

Da questa ricerca emerse che circa il 50% dei casi che venivano ordinariamente affrontati in regime ospedaliero poteva invece essere trattato in regime di Day Surgery.

Il Consiglio Superiore della Sanità elabora, a partire dal 1992, tre distinti documenti atti a differenziare la chirurgia ambulatoriale dalla chirurgia di giorno e a fornire indicazioni utili allo svolgimento di tali modelli organizzativi: «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/DS)» 1992; «Interventi di chirurgia in ambito ambulatoriale» 1995; «Regolamentazione delle attività chirurgiche o assimilabili da effettuare in ambulatorio o in regime di assistenza a ciclo diurno, in anestesia locale, loco regionale, o generale (chirurgia di giorno)» 1995.

Questi documenti sono stati poi trattati nel 1995 dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali che ha prodotto la proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche c/o terapeutiche effettuate in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno. Questo documento è articolato in diverse sezioni tra cui:

1. la definizione di chirurgia ambulatoriale e di chirurgia di giorno (DS);
2. l'eventuale pernottamento e la sorveglianza post operatoria;
3. i modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
4. le liste degli interventi praticabili sia in chirurgia ambulatoriale che in DS.

L'ultimo documento redatto risale al 2002; si articola in nove articoli così sintetizzati:

- “Finalità”: Day Surgery regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario che si inserisce nel processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie;
- “Definizione”: con il termine Day Surgery si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche organizzative ed amministrative di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche c/o terapeutiche invasive o semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno in anestesia locale loco regionale generale.

Modelli organizzativi:

- a) presidio autonomo, struttura pubblica o privata dedicata ai ricoveri diurni, collegata ad una struttura ospedaliera per acuti, situata ad una distanza compatibile con la gestione delle emergenze;
- b) unità monospecialistica o plurispecialistica situata all'interno di una Struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata;
- c) posti letto dedicati: all'interno di unità operative di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche o private;
- d) autorizzazione ed accreditamento: le Regioni definiscono modalità e requisiti per la realizzazione e l'esercizio delle attività di DS e criteri condivisi ai fini della mobilità sanitaria interregionale;
- e) selezione dei pazienti: il ricorso alla DS è valutato per ogni paziente dal medico stesso ed è richiesto il consenso informato e documentato;
- f) selezione degli interventi e procedure: elenco degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in DS;

- g) garanzie del percorso assistenziale: viene richiesta la definizione e l'adozione di specifiche procedure per la fase di ammissione, cure, e dimissione del paziente;
- h) controlli della appropriatezza e della qualità delle prestazioni: le regioni devono individuare le modalità di controllo;
- i) monitoraggio dello sviluppo delle attività di DS.

Questo modello organizzativo assistenziale nella realtà pratica può funzionare solo con la perfetta interazione di Medico e Dirigente infermieristico. I vantaggi sono logicamente molteplici:

- riduzione delle liste di attesa;
- riduzione delle degenze in ospedale per chi non ne ha necessità;
- riduzione sensibile dei costi;
- riduzione del rischio di infezioni nosocomiali;
- riduzione dello stress da parte dei pazienti e familiari.

1.3. I modelli organizzativi

1.3.1. I modelli

Le Linee Guida identificano tre modelli organizzativi distinti: Presidio Autonomo di DS (Centro Chirurgico di DS), Unità di DS Monospecialistica o Plurispecialistica, Posti Letto Dedicati.

- a) Il Presidio Autonomo è considerato un modello innovativo per la realtà italiana e si può individuare in una Struttura Pubblica o Privata, esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno e funzionalmente collegata ad una Struttura Ospedaliera che effettua ricoveri per acuti in regime di ordinario.

Il Presidio Autonomo deve possedere specifiche procedure per la gestione delle complicanze nell'ambito della rete dell'emergenza urgenza prevedendo collegamenti funzionali ed organizzativi con una struttura di ricovero di riferimento, sia essa pubblica che privata, situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione delle complicanze.

Le strutture devono altresì individuare modalità per assicurare indagini di base in relazione alla tipologia delle prestazioni erogate direttamente o attraverso rapporti con altri servizi di diagnosi accreditati offrendo la garanzia delle prestazioni di emoteca (DI. 0110911995).

Sulla base di tutto ciò si comprende bene che il Presidio Autonomo riveste un carattere innovativo sia per il sistema pubblico che privato. Nel primo caso perché potrebbe rappresentare l'evoluzione dei piccoli Ospedali, oppure identificarsi in strutture territoriali appositamente individuate (presidi sanitari intermedi); nel secondo caso, invece, potrebbe rappresentare la sede nella quale effettuare interventi chirurgici anche sulla base di accordi/contratti con le Aziende Sanitarie, favorendo in tal modo la riduzione delle liste di attesa;

- b) le Unità di DS mono o plurispecialistiche sono poste all'interno di strutture di ricovero a ciclo continuo e si caratterizzano per la presenza di spazi di degenza, sale operatorie e risorse esclusivamente dedicate al ricovero diurno.

Nelle Linee Guida approvate dalla Conferenza Stato Regioni vengono individuati due livelli di complessità che si distinguono tra loro sulla base di due parametri: utilizzo o meno di sale operatorie esclusivamente dedicate ed entità della casistica trattata. Nel primo caso, la struttura in genere è polispecialistica ed ha a disposizione sale operatorie dedicate, identificandosi pertanto come Struttura Complessa.

Nel secondo caso la struttura, caratterizzata da minore complessità, utilizza sale operatorie centralizzate con sedute dedicate secondo turni prestabiliti e si può configurare come struttura semplice, articolazione di una Unità Operativa o di un Dipartimento.

Entrando nello specifico, le unità di DS monospecialistiche sono fisicamente separate dal reparto di ricovero ordinario, dal quale si rendono più o meno indipendenti sulla base della propria autonomia formale e gestionale.

In genere tali strutture sono funzionanti dal mattino fino alle prime ore del pomeriggio; nei casi in cui si rende necessaria la conversione del Day Surgery in ricovero ordinario, i pazienti vengono trasferiti nei reparti di degenza e non sono previsti turni notturni.

Oltre a ciò, questo modello organizzativo consente una buona specializzazione del personale che si dedica unica mente e stabilmente all'attività di DS con una più rapida ed efficiente capacità di standardizzare le modalità operative e le procedure.

Le unità di DS plurispecialistiche sono unità di degenza nelle quali confluiscono esclusivamente le attività di DS di un numero elevato di unità operative di un singolo dipartimento o di più dipartimenti. Tali unità possono essere conseguenti alla trasformazione di unità operative chirurgiche che in precedenza svolgevano attività in regime di ricovero ordinario, oppure possono nascere come strutture comuni a più unità operative chirurgiche che utilizzano una zona di degenza comune secondo regole definite.

È questo il modello organizzativo scelto con maggior frequenza dalle aziende e dai presidi ospedalieri.

Da un punto di vista economico, le unità che operano contemporaneamente con più reparti consentono di generare “economie di scala” per l’aumento del volume delle attività, permettendo ai reparti di ricovero ordinario di focalizzare la propria attenzione sull’attività chirurgica a più elevata complessità. Tuttavia questo modello organizzativo multidisciplinare non è scevro da alcuni problemi. In primis, per il suo corretto funzionamento sono necessari ingenti investimenti per l’adeguamento strutturale, spesa giustificabile laddove esistono elevati volumi di attività.

In seconda istanza bisogna relazionarsi con il necessario cambiamento dell’organizzazione operativa e l’eventuale resistenza a ciò. Le unità operative non hanno più il controllo esclusivo sulla gestione dei pazienti, dei posti letto, usufruendo di un servizio messo a disposizione da una struttura esterna. Nello stesso tempo, le strutture dedicate, comuni a più unità operative, devono rapportarsi contemporaneamente a più equipe;

- c) i posti letto dedicati, rappresentano il modello più semplice da realizzare. Infatti non si prevedono modifiche funzionali del reparto, non comportando nessuna riorganizzazione interna né l’assegnazione di risorse dedicate, ma solamente una diversa gestione amministrativa del paziente e la sua dimissione in giornata per mantenere il regime di DS.

Tuttavia questo sistema non garantisce una corretta programmazione delle attività operatorie che diventano variabili ed altalenanti in funzione del flusso dei ricoveri ordinari. Inoltre capita di frequente che il prolungamento degli interventi di maggiore complessità e durata comporti il rinvio degli interventi di DS e che i posti letto dedicati al DS sono occupati da ricoveri ordinari.

L’attivazione di posti letto dedicati, quindi, non consente una reale razionalizzazione del servizio, non determina un effettivo contenimento dei costi e rende difficile personalizzare l’assistenza, aumentando in alcuni casi anche il rischio di infezioni nosocomiali.

L’attivazione di posti letto dedicati, quindi, non consente una reale razionalizzazione del servizio, non determina un effettivo contenimento dei costi e rende difficile personalizzare l’assistenza, aumentando in alcuni casi anche il rischio di infezioni nosocomiali.

1.3.2. *Le figure di gestione*

In tutti i modelli organizzativi vengono definite le figure di gestione e coordinamento delle attività di DS che con la loro azione congiunta permettono al servizio di funzionare al meglio garantendo pertanto la produttività (DRG).

- a) Il Comitato di Dipartimento discute le strategie, definisce gli obiettivi, fornendo indicazioni per la gestione delle risorse. Gioca un ruolo importante nell'approvazione del regolamento, nella validazione dei protocolli operativi dei percorsi diagnostico terapeutici, e delle procedure gestionali;
- b) il Responsabile Gestionale medico, concorda con la direzione aziendale gli obiettivi di budget, coordinando le diverse attività mediche e curando il collegamento con gli altri servizi e con i medici di medicina generale al fine riassicurare la continuità terapeutica;
- c) il Responsabile Gestionale Infermieristico, gestisce le risorse in termini di personale di assistenza, elaborando insieme al responsabile gestionale medico gli indicatori delle attività, garantisce il coordinamento delle varie attività ed il rispetto del regolamento.

Queste figure si vanno ad affiancare a quelle classiche quali il chirurgo, la caposala e l'anestesista che valuta la effettiva idoneità dei pazienti candidati alla chirurgia in DS.

1.4. Il regolamento

La novità della proposta e la possibile complessità di funzionamento dettato dal riferimento ad altre realtà, oltre che a pazienti, abituati all'uso dell'ospedale inteso come degenza sempre a lungo termine, comportano la necessità di un chiaro regolamento in cui l'Unità Operativa espliciti le forme ed i modi dei propri dinamismi gestionali.

Il regolamento interno è un documento dipartimentale senza valore contrattuale uno strumento di informazione che permette a tutti gli operatori di conoscere i criteri ed i metodi di funzionamento della unità.

In esso devono essere precisati non solo gli obiettivi della struttura ma anche le attività ed i processi per poterle realizzare, dettagliando ogni fase operativa.

Pertanto, esso deve avere essenzialmente tre caratteristiche fondamentali: deve essere completo, di facile comprensione e facilmente accessibile.

Secondo la Normativa contenuta nel DPR 14101/1997¹ sulle Norme UN EN ISO 9001 e 9002, le informazioni minime che debbono figurare nel regolamento di una Unità di DS sono:

- definizione della attività, con chiara indicazione del modello organizzativo adottato in accordo con le linee guida esistenti;
- principi generali dell'organizzazione del lavoro medico ed infermieristico con qualifica del personale medico ed infermieristico guidate dal rispettivo Responsabile Gestionale medico ed infermieristico;
- definizione del processo assistenziale comprensivo di procedure relative alla selezione dei pazienti, all'ammissione, dimissione, follow up, garanzia della continuità delle cure;
- protocolli di gestione delle emergenze;
- modalità di raccolta della documentazione clinica dei pazienti;
- modalità di interfaccia tra le diverse unità operative afferenti all'unità, se multidisciplinare;
- procedura di verifica di qualità dei servizi erogati.

Normalmente il regolamento viene stilato dal Capo Dipartimento e dai Responsabili Gestionali medico ed infermieristico e deve, ovviamente, essere presentato e condiviso da tutto il personale ivi operante. Il tutto contro firmato dalla Direzione Sanitaria, con data di stesura e/o l'eventuale data di revisione.

1.5. Definizione delle attività

Per la definizione dell'attività di assistenza chirurgica a ciclo diurno si fa riferimento alla "Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno" elaborata dalla Commissione di studio sulla Day Surgery e la chirurgia ambulatoriale istituita dal Ministero della Sanità con Decreto del 12/09/2000 ed all'accordo stato regioni sulle "Linee guida per le attività di Day Surgery" Repertorio Atti n. 1516 del primo agosto 2002.

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 semi invasive praticabili senza ricovero, in studi medici, ambulatori od ambulatori prole/li, in anestesia topica, locale, locoregionale ('limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesia.

Con il termine "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.

1.6. Continuità assistenziale post dimissione

Per un corretto funzionamento dell'Unità di Day Surgery è necessario poter garantire, per le prime 24 ore dopo l'intervento, la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni festivi, mediante reperibilità telefonica e la fornitura diretta dei farmaci necessari. In particolare, un medico (preferibilmente l'operatore o medico della SC di appartenenza da lui delegato) deve essere facilmente reperibile per le branche specialistiche operanti, secondo modalità definite e rese note al paziente verbalmente e per iscritto.

In caso di necessità il medico reperibile deve assicurare il ricovero del paziente nella Unità di degenza ordinaria in rapporto funzionale con l'Unità autonoma o la degenza dedicata.

Nel caso in cui il medico dell'unità di Day Surgery contattato lo ritenga necessario, può predisporre l'immediato trasferimento in ospedale mediante attivazione del 118, secondo lo specifico protocollo concordato in sede aziendale.

Inizialmente, entro 24 ore dopo la dimissione sarà garantita la comunicazione telefonica ad ogni paziente trattato in Day Surgery per valutare le condizioni fisiche, lo stato psicologico, i servizi ricevuti e per fornire ogni ulteriore informazione necessaria. Successivamente tale servizio sarà svolto dalla SC risk management su gruppi randomizzati di pazienti.

Il coordinamento della continuità assistenziale è affidato al responsabile medico del programma di Day Surgery, in accordo con il chirurgo operatore.

1.7. Gestione di eventuali complicanze

L'assistenza medica di prima istanza in caso di complicanza non prevista nel corso del ricovero verrà garantita mediante l'intervento dei medici presenti nella struttura o del medico di guardia interdivisionale del padiglione dermatologico clic già garantisce le eventuali emergenze dei pazienti presenti nel padiglione stesso.

Il medico di guardia, se necessario, interpellerà il chirurgo reperibile della struttura complessa a cui appartiene il chirurgo che ha effettuato l'intervento di Day Surgery.

La presenza di rianimatori è assicurata dal gruppo di anestesisti di riferimento nel blocco operatorio. Al di fuori dell'orario di funzionamento del blocco stesso, in caso di emergenza rianimatoria, la richiesta del medico segue il medesimo percorso che viene attuato per tutti i malati ricoverati nel padiglione ovvero il DEA.

Per le emergenze urgenze vige il protocollo interno adottato da tutte le unità operative dell'Azienda. Il trasferimento del paziente, in caso di complicità, avviene preferibilmente presso l'Unità Operativa di competenza.

1.8. Il processo assistenziale

Il processo assistenziale in Day Surgery prevede di norma due accessi precedenti da una procedura di inserimento in lista di attesa e da un programma di follow up.

La struttura non prevede ambulatori di prime visite, che dovranno essere effettuate presso gli Ambulatori divisionali delle singole specialità.

- a) Procedura di inserimento in lista di attesa. L'inserimento in lista di attesa è subordinato alla ricezione, via fax o direttamente presentata dal paziente da parte della struttura di Day Surgery della seguente documentazione:
 1. scheda anagrafica anamnestica timbrata e firmata dal chirurgo operatore;
 2. fotocopia del documento di identità;
 3. consenso all'intervento firmato e sottoscritto dal chirurgo operatore, per l'inserimento in lista di attesa farà fede la data di ricezione della documentazione. È indispensabile che tale documentazione sia consegnata in originale al primo accesso;
- b) primo accesso:
 1. apertura cartella clinica e SDO;
 2. esecuzione delle indagini preoperatorie;
 3. programmazione di eventuali consulenze specialistiche in accordo al protocollo di indagini preoperatorie;
 4. esecuzione della visita anestesiológica con valutazione degli accertamenti eseguiti e relativa acquisizione del consenso informato all'anestesia. La visita verrà preferibilmente eseguita nella stessa giornata in cui vengono eseguiti gli accertamenti preoperatori; in caso di impossibilità, in un secondo momento su appuntamento programmato al momento del primo accesso;