

Sale operatorie per intensità di cure: opportunità per la sostenibilità economica in sicurezza e appropriatezza

Montella MT*, Prati E*, Galardi F.*, Pocaforza M**, Barbagallo V**, Di Tella S***, Neri A****, Altini M**.

*IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Forlì-Cesena, Italy

**Regione Emilia Romagna Servizio Assistenza Ospedaliera

***Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo

****Ausl Imola

INTRODUZIONE

Il **blocco operatorio** è un ambiente ad alta complessità impiantistica, strutturale, organizzativa e professionale. In termini logistici è il luogo più articolato dell'Ospedale, in cui **specialisti differenti** operano con **timing di attività** e **culture diverse**. In fase di progettazione bisogna bilanciare: richieste dei professionisti, esigenze di progettisti/strutturisti/impiantisti, proposte di ingegneri clinici, logistica e flussi di persone e materiali e dati epidemiologici (es tipologia di interventi, case mix), considerando anche scenari futuri tecnologici (es robot), gestionali (es ingegnere gestionale nel blocco) e catastrofici (es SARSCoV2).

CONTENUTI

L'evoluzione delle tecniche chirurgiche ha consentito di erogare alcuni interventi (es ernia, menisco, cataratta), numerosi in termini epidemiologici, in regime diurno.

Per altri (es protesi di anca, colecistectomia), la degenza media risulta per lo più inferiore ai 5/6 giorni, consentendo la programmazione di piattaforme di degenza weekly.

La classificazione della chirurgia programmata in Italia prevede:

- **Chirurgia ambulatoriale;**
- **Day Surgery;**
- **Chirurgia ordinaria.**

In termini organizzativi, la differenza tra chirurgia ambulatoriale e di Day Surgery non esiste: il paziente entra al mattino ed esce la sera, con una diminuzione di carico assistenziale di 365 notti e almeno 52 domeniche, a parità di clinical pathway e sicurezza delle cure.

I regimi di Day Surgery e di chirurgia ambulatoriale presentano, invece, una sostanziale differenza di natura amministrativa: il primo non prevede il ticket, dovuto invece nel secondo caso.

Appare quindi più attinente all'operatività la classificazione del paziente secondo il modello anglosassone:

- **Inpatient: pazienti che rimangono ricoverati di notte**
- **Outpatient: pazienti ammessi e dimessi nella medesima giornata.**

Inoltre, il **luogo dell'intervento non coincide con il regime amministrativo**. Ad esempio, la cataratta è classificata come intervento pulito secondo il CDC ma, pur essendo previsto nella normativa nazionale in regime ambulatoriale, è necessario sia effettuato in ambiente sterile (simil sala operatoria per quanto attiene agli impianti): in caso di blocchi operatori sottoutilizzati non è quindi necessario disporre di ambulatori chirurgici ad hoc.

Altra variabile che influenza il regime di assistenza è relativa alle **condizioni del paziente**. La popolazione anziana/con comorbidità/clinicamente e/o socialmente fragile, anche per interventi a bassa complessità può necessitare di ricovero, evitabile solo in presenza di forme alternative di tutela (es hotel hospital).

La misura della comorbidità/consumo di risorse/mortalità può essere effettuata con il Charlson Comorbidity Index, ma ciò non avviene sistematicamente né è rilevato nei flussi.

L'utilizzo di modelli e scale di valutazione per lo studio delle variabili paziente/intervento/setting permette di individuare quello che gli inglesi chiamano right-patient, right-site, right-procedure, right technology and right hospital facilities.

CONCLUSIONI

La possibilità di progettare sale operatorie per intensità di cure nasce da due riflessioni principali:

- la percentuale di outpatient vs inpatient negli USA è del 50 %; in regione Emilia Romagna, nel 2023, la chirurgia maggiore erogata in Day Surgery rappresenta 72% vs il 28% di quella in ricovero ordinario (strutture pubbliche e private; esclusa la chirurgia ambulatoriale).
- il DPR 14/01/1997 e le Linee Guida Agenas che definiscono gli schieramenti, prevedono standard minimi di 1 infermiere per la chirurgia ambulatoriale e almeno 3 infermieri, 2 chirurghi ed 1 anestesista per regimi di Day Surgery ed ordinario; ciò non permette riflessioni organizzative articolate che tengano conto del paziente, delle nuove tecniche chirurgiche e del layout: **gli schieramenti del personale e gli standard edilizi potrebbero essere gestiti per complessità crescente**, consentendo, da una prima valutazione, di incrementare l'attività isorisorse, dando una adeguata risposta assistenziale.

Bibliografia

- AHRQ: inpatients vs outpatients
- <https://search.ahrq.gov/search?q=surgery%20inpatient%20hospital%20vs%20ambulatory%20surgery%20center&start=80>
- DPR 14 Gennaio 1997 Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alla regioni e province autonome in materia di requisiti strutturali organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie nelle strutture pubbliche
- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/ssi/index.html> Surgical Site Infection 2005
- AGENAS: metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale SSN 2023