

“Giornate Mediche di Santa Maria Nuova”  
IL FENOMENO DEL REINGRESSO OSPEDALIERO  
Progressione della malattia o defaillance della rete assistenziale?  
Firenze, 26-27 Settembre 2014

*Linea diretta paziente – Ospedale: modelli di gestione*

Dr. Massimo Turelli

S.C. Otorinolaringoiatria – Santa Maria Nuova  
Direttore Dr. Paolo Porzio

Il **fenomeno del reingresso** in ambito otorinolaringoiatrico non di settore è un fenomeno raro

Se il reingresso può trovare una **giustificazione** nella estrema complessità di gestione di un paziente “**compromesso**”,

***ad oggi non è altrettanto giustificabile che all'interno di quella che è la chirurgia di elezione e ancor più in quella eseguibile con “ricovero breve”, si possa verificare una imprevista variazione di programma come la non dimissione del paziente nei tempi previsti***

Ad una buona parte della chirurgia programmata ORL, anche in narcosi, (prevalentemente chirurgia rinologica e laringologica) bene si adatta il regime di ricovero in **Day Hospital**

Si rende quindi necessario effettuare una scrupolosissima analisi di tutte quelle criticità che garantiscono la sostenibilità del ricovero breve.

***La non dimissione del paziente per errore di valutazione genera un ricovero Improprio che corrisponde comunque a un fallimento del programma assistenziale***

L'idoneità al Day Hospital e di conseguenza la stabilità della modalità del ricovero stesso si articola in due fasi: **selezione del paziente** e **sostenibilità della dimissione**

## **Selezione del paziente**



*Alla prima visita si valuta l'eligibilità in base a criteri:*

Clinici: età  
Stato clinico (ASA)

Logistici, socio-familiari:

Il Paziente deve essere in grado di:

- comprendere e accettare l'iter proposto
- osservare le prescrizioni terapeutiche
- disporre di un accompagnatore adulto e responsabile, in grado di assisterlo nelle prime 24 ore post- operatorie
- effettuare il pernottamento a breve distanza dalla struttura ove è stato eseguito l'intervento chirurgico o, almeno, deve essere in grado di raggiungere una idonea postazione ospedaliera in un arco di tempo inferiore a 60 minuti
- disporre di un collegamento telefonico per comunicare in caso di necessità.

**Preospedalizzazione**

Esami preoperatori

Valutazione anestesiologicala

La **Sostenibilità della dimissione** viene valutata in maniera congiunta dal chirurgo e dello specialista anestesista secondo criteri clinici

- Capacità di deambulazione
- Assenza di nausea e/o vomito
- Assenza di ansia/angoscia
- Capacità di assunzione di liquidi
- Dolore tollerabile o controllabile
- Assenza di sanguinamento
- Ripristino della diuresi
- Controllo della pressione arteriosa
- Controllo delle patologie concomitanti

*Come ben si può comprendere tali criteri possono concretizzarsi solo attraverso una attiva e frequente sorveglianza medico-infermieristica. Fondamentale la “pronta” consulenza per l’eventuale stabilizzazione delle patologie concomitanti*

## Dimissibilità e fattore tempo in linea chirurgica in fast track

La **disponibilità di un adeguato tempo di recupero** postoperatorio all'interno di una realtà chirurgica a “ciclo breve” rappresenta il fattore critico più importante.

La **non dimissione del paziente** può significare non poter effettuare il ricovero successivo programmato.

In queste realtà chirurgiche niente può darsi per scontato e tutto deve essere preparato minuziosamente fino dall'inizio. Il buon esito del percorso assistenziale si assicura solo se tutte le figure che ne prendono parte lavorano come in simbiosi, senza dispersione di tempo, per garantire in sicurezza la dimissibilità del paziente nel tempo prestabilito.

L'**uniformità di comportamento** all'interno delle diverse categorie professionali che ruotano intorno al percorso assistenziale del paziente rappresenta in termini di produttività: il **massimo della produttività**

Non considerando i tempi relativi alle pratiche di accettazione, di assegnazione letto e preparazione del paziente in reparto, i **tempi che scandiscono il ricovero** del Paziente possono essere suddivisi in:

Chirurgici

Anestesiologici

Cosiddetti di “cambio”



*Nel tempo di cambio generalmente rientra tutto ciò che inizia col trasporto del paziente in sala operatoria, alla sua preparazione, ai processi di sanificazione pre e post intervento e al suo rientro in reparto*

A questi tempi si aggiunge il **tempo di recupero** del pz che garantisce la sostenibilità della dimissione

*Da parte di noi chirurghi l'esperienza su determinati interventi ne ha fatto abbreviare i tempi di esecuzione mentre in termini di ottimizzazione di sfruttamento di sala operatoria indispensabile è stato l'impegno anestesiologicalo e infermieristico/logistico*

**Ciò ha portato a una notevole contrazione dei “tempi di cambio” che ad oggi mediamente permettono al chirurgo di riprendere in mano il bisturi dopo 40-45 minuti.**

# PACU (Post Anesthesia Care Unit)

*Grazie all'inserimento di questa modalità di risveglio, in ambiente protetto adiacente alla sala operatoria, siamo riusciti a sovrapporre quanto meno i tempi di risveglio con quelli di sanificazione e in parte di preparazione del paziente successivo sul tavolo operatorio, tempi che altrimenti si sarebbero sommati.*

La contrazione dei tempi chirurgici e anestesilogici in pazienti accuratamente selezionati ha permesso di potere prevedere la dimissibilità del paziente dopo 4 -5 ore dal risveglio.

Grazie all'impegno di tutto l'assetto assistenziale e alla accurata selezione dei pazienti destinati a questo tipo di assistenza siamo oggi in grado di eseguire in Day Hospital e, oramai con brevissima permanenza in ospedale, interventi che fino a poco tempo fa prevedevano 24 ore di ricovero e in tempi ancora più lontani 4-5 gg di degenza.

# L'ASSEGNAZIONE DELLA SEDUTA "LUNGA"

*Grazie all'ottimizzazione dei tempi e non ultimo grazie all'importante supporto infermieristico di reparto, siamo riusciti oggi a inserire nella pratica comune della seduta la modalità del cosiddetto*

## **LETTO CALDO**

### La sua evoluzione

intervento in A.L. o sedazione in D.S. - intervento in narcosi in R.O.

Intervento in narcosi in D. S. – intervento in narcosi in R.O.

Intervento in narcosi in D. S. – intervento in narcosi in D.S.

Questa modalità di “ottimizzazione di sfruttamento letto” ci ha permesso di aumentare **fino al 40%** il numero di interventi per “Seduta Lunga”.

## IL LETTO CALDO E LE SUE CRITICITA'

Per poter sfruttare al massimo la sala operatoria con il massimo risparmio di occupazione di posti letto con la modalità del letto caldo sono però necessari **PRECISI INCASTRI**

*Ecco quindi la necessità di poter disporre di un gruppo di pazienti “pronti” (dal linguaggio ARGOS) per essere operati: numeroso e allo stesso tempo eterogeneo nella tipologia di ricovero previsto (Day Hospital e Ricovero Ordinario) e nel tipo di intervento previsto.*

Il **collo di bottiglia**, ad oggi, è rappresentato dal già stressato sistema di preospedalizzazione

A ciò si aggiunge la possibilità di dover preospedalizzare prima pazienti con priorità più bassa. La **irregolarità** rimane solo formale in quanto compiuta solo per sfruttare spazi altrimenti inutilizzati. Il sistema informatizzato può non comprendere la strategia di risparmio.

**Prossimo Obiettivo** in termini di ottimizzazione di sfruttamento di risorse

fornire al sistema di preospedalizzazione e di valutazione anestesiológica preoperatoria una tipologia di **pazienti altamente selezionati** che possano essere preparati più rapidamente per mancanza di comorbidità o fattori di rischio.

PER

**AUMENTARE LE POSSIBILITA' DI "INCASTRO"**

**E QUINDI**

**poter sfruttare il più possibile i letti a disposizione.**

## **IL NUMERO DELL'URGENZA**

(utilizzabile per tutto il periodo di convalescenza)

Questo servizio non retribuito, è stato inizialmente utilizzato da alcuni pazienti in maniera impropria

Grazie al lavoro di “**ATTIVAZIONE e RESPONSABILIZZAZIONE**” del paziente iniziato dal reclutamento e maturato attraverso la preospedalizzazione e il ricovero ha fatto sì che ad oggi, dopo 11 anni di attività, questo telefono squilla nonostante tutto molto poco.

Alla dimissione il pz entra nel programma di controlli del follow up.

### ***Ma alla fine di questo che dire?***

***Avere previsto cosa c'è da fare prima, durante e dopo veramente da origine alla fattibilità del progetto?***

***Avere previsto percorsi programmati, articolatissime flow chart ci garantisce il buon servizio?***

**ASSOLUTAMENTE NO!!!**

**Le cose funzionano** non perché è scritto e logicamente dimostrato ma solo perché, caso per caso, a tutti i livelli e in tutte le fasi del processo assistenziale, **c'è l'interesse di farle funzionare**; dalla prima visita fino all'ultimo controllo postoperatorio.

**Il fattore professionale/umano** rimane il più importante **fattore di performance**

*Non stupisce, come fra i più importanti interventi pratici atti a scongiurare il REINGRESSO, vi siano quelli che prevedono il contatto umano e la personalizzazione della dimissione. L'efficacia di questi interventi è legata alla "caduta di tensione" assistenziale e informativa che i pazienti sperimentano nel passaggio dall'ospedale al territorio.*

*Altro fattore a mio avviso di enorme importanza ai fini della stabilità del paziente in dimissione, almeno per quanto logisticamente riguarda l'Ospedale, è la **centralizzazione delle cure**. La relativa "piccola" dimensione di questo nosocomio, dove la consulenza la trovi anche mentre scendi per le scale, assicurata peraltro in tempi brevi, contribuisce enormemente alla stabilità di salute del paziente in dimissione.*

# ***MA ANCHE IN QUESTO CASO SI PARLA NON DI ARCHITETTURA MA DI PERSONE***

*“.....se un paziente è “felicamente” dimissibile e non è dimesso  
è come un “triste” rientro in ospedale.” (2014 P.P.)*