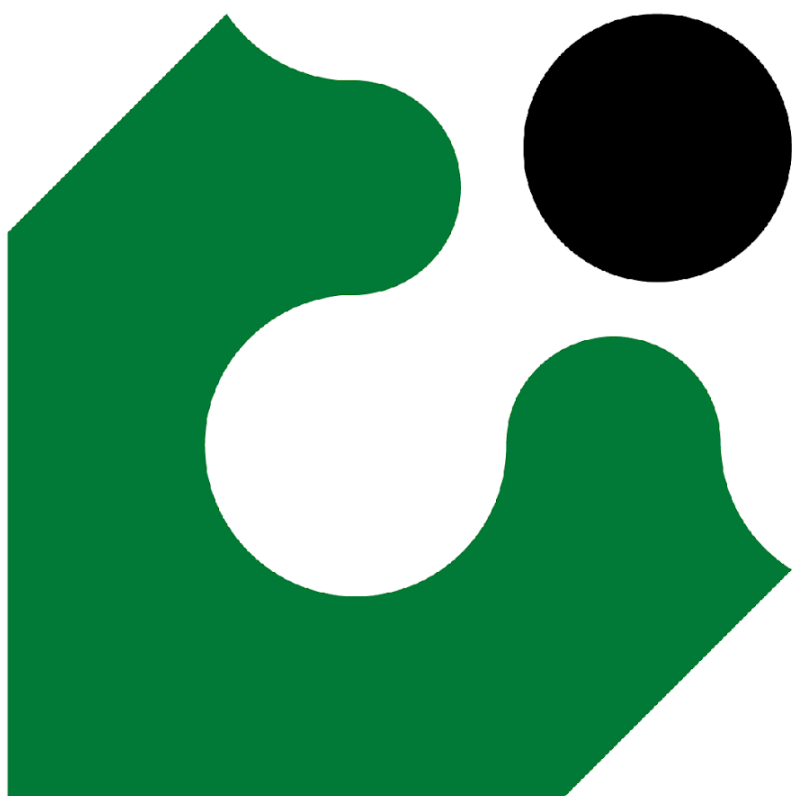


**Chirurgia in day hospital nelle fasce di
popolazione a rischio per età e/o comorbidità**

Dr. Bruno Lombardi

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

DSC 2101/AE

Università degli studi di Milano

L'AUTORE

*Bruno Lombardi, dirigente medico chirurgia plastica, Fondazione Policlinico IRCCS Milano,
lombardi.bruno62@gmail.com*

IL DOCENTE DI PROGETTO

Anna Prenestini, Professore associato, Università degli studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore ordinario, Università degli studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	5
INTRODUZIONE	7
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	14
RISULTATI ATTESI	14
CONCLUSIONI	16
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUZIONE

Questo progetto si focalizza sulla gestione della chirurgia in day hospital considerando fasce di popolazione a rischio per età e/o comorbidità nell'ambito della struttura presso la quale lavoro, Fondazione Policlinico IRCCS Milano

L'aumento progressivo dell'età media della popolazione ha fatto sì che determinate patologie tra cui quelle cutanee siano divenute progressivamente più frequenti nella popolazione degli anziani nel senso che negli anni pregressi tali patologie erano in un certo senso limitate dalla mortalità stessa, oggi, in presenza di invecchiamento sempre maggiore, legato anche alla migliorate capacità di cura, è comune trovarsi di fronte a pazienti ultraottantenni che hanno già effettuato interventi multipli di asportazione di neoplasie cutanee o di correzione di patologie degenerative come deficit funzionali delle palpebre o deficit vascolari degli arti inferiori con comparsa di ulcerazioni cutanee.

In queste fasce di età troviamo frequentemente associate multiple comorbidità come ipertensione, diabete, disturbi cardiologici, problematiche respiratorie, etc. In Italia i dati relativi alla speranza di sopravvivenza rispetto agli altri paesi sono migliori ma gravati da un maggior percentuale di patologie associate. (chiaramente tali associazioni di rischio sono presenti anche in età più giovani ma con un tasso di incidenza più basso rispetto agli anziani).

La gestione di tale popolazione viene effettuata ovviamente anche in altri ambulatori ma, per quanto riguarda i casi non risolvibili in ambulatorio dermatologico in anestesia locale, cioè senza comorbidità significative, è prassi comune l'invio di tali pz all'attenzione del chirurgo plastico. La dimensione della richiesta può essere monitorata valutando il numero di accessi in ambulatorio di chirurgia plastica e la percentuale degli stessi come età; all'incirca si può valutare che su una media di primi accessi di circa 35 visite mensili circa il 40% sono costituiti da pazienti anziani.

Affrontare pz con tali caratteristiche all'interno di un contesto ospedaliero permette un approccio realizzabile attraverso un gruppo multidisciplinare che può valutare tutte le possibili opzioni terapeutiche utilizzabili e che nello stesso tempo può rappresentare un punto di riferimento fisso per quanto riguarda i casi non gestibili in altro modo in sicurezza.

Tale gruppo multidisciplinare prevede la collaborazione di medici oculisti, dermatologi, chirurghi vascolari, oncologi.

Si evidenzia come gli accessi di pz in questa fascia di età non provengono soltanto dalle visite ambulatoriali, dermatologiche o chirurgiche, ma anche dalle varie unità operative che si trovano nella condizione di dover valutare la soluzione chirurgica come unica alternativa per la risoluzione di questi problemi, pertanto la comunicazione rappresenta un anello fondamentale per affrontare unitariamente tali problematiche; essa pertanto dovrebbe essere implementata sia all'interno della propria struttura lavorativa sia all'esterno, cioè sul territorio; l'ufficio comunicazione svolge un ruolo primario nel far conoscere la capacità di seguire tali pz attraverso un'informazione capillare, rivolta ad esempio ai medici di base che porterebbe alla creazione di un canale unico indicando la struttura come punto di riferimento dal punto di vista gestionale, il che potrebbe evitare inutili giri dei pz che, spesso prima di giungere nel posto giusto, fanno molte altre visite, talvolta con peggioramento significativo del quadro clinico e successiva necessità di interventi demolitivi maggiori.

Importanza della day surgery

Un'analisi retrospettiva relativa agli ultimi 10 anni di attività chirurgica presso la struttura dove lavoro mostra che la gestione di tali situazioni è stata effettuata prevalentemente in regime di one day hospital con un pernottamento postoperatorio; la gestione in day hospital permette una riduzione significativa dei tempi di ricovero, laddove negli anni precedenti con i ricoveri ordinari tali tempi erano

Chirurgia in day hospital

molto più dilatati; offre tutti i requisiti di sicurezza dettati 1) dalla presenza di una valutazione preliminare dei rischi con il prericovero, 2) dalla presenza di assistenza anestesiológica 3) dall'osservazione e la rapida risoluzione delle complicanze nell'immediato quali sanguinamenti delle prime 24 ore, riapertura della ferita etc.

Price definiva la qualità come la capacità di fare le cose giuste la prima volta e Avedis Donebian, uno dei più grandi esperti in sanità del sistema qualità, come il livello di salute più elevato ottenibile con i mezzi a disposizione. Secondo l' Australian Council for Safety and Quality in Health Care, la qualità si descrive attraverso cinque parametri che sono: 1) la sicurezza per il pz riducendo al minimo i rischi 2) l'efficacia, cioè la migliore pratica che produce il desiderato outcome per il paziente 3) l'appropriatezza dell'indicazione chirurgica basandosi su considerazioni di evidenza clinica 4) l'accessibilità, cioè servizi basati sulle necessità della popolazione ed eventualmente modificati in base alle esigenze della popolazione stessa 5) l'efficienza, con le risorse utilizzate nel migliore dei modi per assicurare i massimi benefici. Nell'ottica della chirurgia in day surgery, modello organizzativo dedicato alla chirurgia elettiva, è possibile perseguire questi obiettivi di qualità attraverso dei percorsi ben standardizzati da seguire in maniera rigorosa con indicatori a livello dell'unità operativa valutando la performance rispetto 1) agli obiettivi di attività predefinita, obiettivi di budget, sia rispetto agli standard di patologia (complicanze-ricidive-comparsa di infezioni etc) sia 2) a livello aziendale valutando ad esempio l'indice di trasferimento delle patologie in regime di day surgery dalla patologia in regime di ricovero ordinario, sia 3) a livello regionale come capacità del sistema azienda di trasferire patologia in regime di day surgery permettendo di riallocare risorse per altri processi sanitari.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Destinatari	Bisogni	Obiettivi strategici	Obiettivi specifici
Pz con neoplasie e/o altre patologie cutanee anziani e/o con comorbidità	Necessità di cure chirurgiche in regime di sicurezza ed evitando ricoveri prolungati	Gestione liste di attesa Migliorare la propria posizione competitiva Aumentare il numero degli interventi e aumentare il numero dei drg	Team multidisciplinari realizzare procedure di prericovero standardizzate Numero limitato di posti letto con sale operatorie quotidiane

L'obiettivo strategico del presente progetto è il miglioramento del percorso del paziente chirurgico anziano con patologie cutanee complesse, al fine di:

1. rendere più efficiente il percorso assistenziale del pz anziano con patologie cutanee complesse e/o con comorbidità significative finalizzando questo alla migliore gestione delle liste di attesa
2. migliorare la presa in carico attraverso la collaborazione multidisciplinare delle varie unità operative e dei professionisti coinvolti nella fase diagnostica
3. come conseguenza dei fattori precedenti migliorare la posizione competitiva dell'azienda rispetto all' ambiente esterno.

Obiettivi specifici

- 1) Ridefinizione delle modalità di presa in carico del pz con una griglia di criteri di selezione dei pz con patologie cutanee complesse che si dovranno riferire alla day surgery
- 2) Realizzare un adeguato sistema di comunicazione sia interna dell'azienda, con criteri di selezione di pz con patologie complesse e successivo smistamento alla day surgery, sia esterna con riferimento ai medici di base ed alla specialistica ambulatoriale, nonché agli altri presidi ospedalieri laddove un servizio di questo genere non è strutturato
- 3) Ridefinire tutto il percorso del pz dermatologico complesso partendo da un sistema di prericovero snello, alla gestione delle sale operatorie e dei posti letto

Per raggiungere gli obiettivi sarà' necessario:

1. Avere a disposizione un numero limitato di posti letto (risorse) tecnici per la day surgery
2. Avere a disposizione una sala operatoria dedicata, quotidiana; ovviamente su tale sala potrebbero ruotare tutti gli interventi in day surgery della struttura ospedaliera (risorse).

Benefici

Benefici attesi per i professionisti del territorio

Il progetto può diventare un punto di riferimento per i medici di base, per i dermatologi del territorio, per la specialistica ambulatoriale alla gestione finalizzata di tali pazienti ; molto spesso si assiste ad un disorientamento di indirizzo dei pz con tali problematiche complesse che vengono inviati a colleghi che a loro volta rinviano tali pz ad altri , ciò si traduce in un peggioramento delle condizioni cliniche del

Chirurgia in day hospital

pz che produce come risultato o interventi demolitivi maggiori o nei casi peggiori l'inoperabilità degli stessi

Benefici attesi per il paziente

Gestione più veloce delle liste di attesa con minori complicanze postchirurgiche evitando interventi tardivi

Migliore accettazione per l'anziano del ricovero breve

Rapido ritorno alle proprie abitudini di vita

Minore permanenza in ospedale con riduzione del rischio anche di infezioni ospedaliere

Minore rischio di eventi tromboembolici venosi

Sicurezza per la presenza dell'anestesista e del monitoraggio postoperatorio

Minore disorientamento e minore stress per il pz anziano

Benefici attesi per l'azienda

Riduzione significativa dei tempi di occupazione dei posti letto

Liste di attesa scorrevoli grazie al gran numero di interventi effettuabili in one day surgery, aumento degli output

Recupero con valorizzazione dei drg regionali compensando il valore economico inferiore con il numero di pz operabili.

Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche

- 1) Creazione di un team multidisciplinare, con una collaborazione regolamentata e strutturata, da parte di tutti i soggetti coinvolti a cui afferiscono problematiche di questo tipo; punto di partenza di tale presa in carico è ovviamente l'ambulatorio prime visite delle varie specialità, che sono già organizzate per la costituzione di un gruppo di lavoro che sia rappresentato dai vari specialisti che possono essere coinvolti come chirurghi, dermatologi, oculisti, oncologi. Il ruolo dell'oncologo è fondamentale in questo approccio multidisciplinare alla luce della valutazione di casi inoperabili sia per fattori di rischio complementari che di sedi anatomiche particolari in cui la compromissione funzionale del pz può essere significativa; sottolineo che ad oggi la possibilità di gestione di situazioni avanzate dal punto di vista locale possono essere gestite molto meglio che in passato grazie agli anticorpi monoclonali. La collaborazione in tale gruppo di lavoro può realizzarsi sia attraverso riunioni settimanali multidisciplinari che coinvolgono i referenti per le varie specialità coinvolte sia attraverso la comunicazione aziendale dell'esistenza di un gruppo operativo a cui dare un'identità specifica a cui possano far riferimento anche altre specialità che possono trovarsi di fronte a problematiche di gestione di situazioni cliniche particolari ; un esempio il pronto soccorso, che spesso ci interpella per sanguinamenti da neoplasie cutanee che giungono per la prima volta in ospedale , in fase tardiva o in assenza di diagnosi .
- 2) Realizzazione di un protocollo di selezione dei pazienti; tale protocollo tiene conto delle condizioni cliniche generali del pz e delle caratteristiche delle lesioni o delle correzioni funzionali a cui deve essere sottoposto il pz; nello specifico l'invecchiamento si associa generalmente ad un aumento delle comorbidità che ovviamente sconsigliano la gestione di tali pz in regime puramente ambulatoriale; ad esempio le escissioni più grandi che richiedono trapianti di cute o lembi complessi in cui i fattori di rischio sono determinati dal

sanguinamento , la necessità di dosaggi maggiori di anestetici locali con percezione aumentata del dolore, la possibile comparsa di effetti tossici di dosi inadeguate da anestetici locali , la necessità di agire talora in sedi particolari come le palpebre con comparsa di quadri di ansia per il pz stesso con conseguente comparsa di insofferenza alle operazioni chirurgiche , da cui sanguinamenti maggiori e maggiore discomfort postoperatorio oltre che dolore etc.; ovviamente la limitante fondamentale è la presenza nella maggior parte dei pz di quadri di accompagnamento come cardiopatie , presenza di pacemaker , diabete , ipertensione , terapie con anticoagulanti, talora quadri di scarsa collaborazione del pz stesso per problematiche di decadimento cognitivo . Tale fase di selezione iniziale, di competenza specificamente medica, rappresenta un momento importante, la capacità di dare un'indicazione corretta è il presupposto per assecondare i principi di Price di riuscire a fare le cose giuste la prima volta ottenendo con i mezzi a disposizione il miglior risultato in termini di salute per il pz.

Analisi della fragilità nei pz anziani

Uno degli indici di associazione della fragilità con la comparsa di complicanze nel postoperatorio in pz anziani è data dal tasso di rientro in ospedale dopo dimissione in chirurgia; ciò mette in evidenza la necessità all' ingresso di un' analisi approfondita .delle fragilità dell' anziano (Jama network open.2019) uno studio di coorte riguardante un confronto tra pz con età media di 35 anni rispetto a pz di 65 anni mostra chiaramente che nei pz più anziani è maggiore la percentuale di infezioni del sito della ferita, di tromboembolia , di sanguinamenti talora richiedenti trasfusione di sangue, di infezioni del tratto urinario , complicazioni che possono in alcuni casi manifestarsi anche a distanza di tempo significativa dall' intervento chirurgico. Nell'ottica di seguire il pz nella sua interezza ciò significa che le categorie più a rischio devono essere non soltanto seguite a momento del periodo di ricovero, ad esempio utilizzando specifici pattern anestesilogici in grado di ridurre le complicanze del postoperatorio ma indirizzate ad uno specifico follow up che ci permette precoce identificazione di eventuali problematiche del postoperatorio. (Merkow RP,Ju MH, et al.Jama.2015;313(5):483-495)

Ovviamente tale discorso può essere esteso a tutte le fasce di età qualora siano presenti situazioni di importanti comorbidità di accompagnamento e si inserisce nel discorso che ha ispirato il modello organizzativo della day surgery ; a questo proposito voglio ricordare che i parametri qualità della chirurgia in day surgery sono costituiti da sicurezza nella gestione delle procedure, appropriatezza nella selezione dei pazienti candidati, efficacia della pratica clinica ,efficienza nel senso di ottimizzare le risorse a disposizione per migliorare l'assistenza e accessibilità da parte dei pz per accedere a queste cure.

3) Riorganizzazione del percorso del paziente in ottica di gestione snella (lean)

3.1) Gestione del prericovero

La gestione del prericovero deve avvenire con modalità più veloci partendo da uno schema di esami base simile per tutti e di canali preferenziali per le consulenze cardiologiche , diabetologiche , ematologiche per la gestione delle terapie anticoagulanti in previsione dell'intervento chirurgico; tale impostazione preliminare favorirebbe la consulenza anestesilogica finale che non dovrebbe pertanto che chiudere la fase finale investigativa delle condizioni cliniche del paziente stesso ; importante sottolineare il ruolo fondamentale della figura dell' anestesista che può indicare in base alla propria esperienza la soluzione più semplice ed anche più efficace per affrontare in sicurezza l'atto chirurgico; ciò è importantissimo anche per la fase postoperatoria nell' ottica di una ripresa più rapida ed anche meno sintomatica , come dolore o nausea postoperatoria; in molte volte ciò che rallenta la

chiusura di una cartella ai fini del parere favorevole dell' anestesista è rappresentato proprio da questo lavoro di ricostruzione dell'attuale condizione clinica del pz che passa attraverso step intermedi di richiesta di appuntamenti per nuove consulenze con un andirivieni di visite dei pz stessi; suggerisco che il medico che invia il pz al prericovero esegua già delle richieste per valutazioni specialistiche relative alle patologie comunicate qualora esse non siano recenti.

3.2) Il ricovero

La gestione dei posti letto

Le risorse richieste sotto forma di numeri di posti letto sono ridotte ; possiamo calcolare che il tempo di occupazione medio di tali posti letto sia di circa 24 ore, quindi un pz per posto letto al giorno, con soli tre posti letto al giorno è possibile operare circa 15 pz alla settimana , escludendo il venerdì , che resterebbe l'ultimo giorno di dimissione ; il discorso di gestione dell' occupazione dei posti letto può ovviamente essere condiviso con gli altri colleghi che abbiano esigenze analoghe di operatività assicurando in tal modo l'occupazione continua totale dei posti letto ; in tal senso la gestione di tali pz va ad inserirsi nella gestione più generale della day surgery di un ospedale a cui afferirebbe anche la gestione di tali patologie ; il riferimento per gli slot operatori è il responsabile dipartimentale dell'unità di day surgery che coordina le attività dei vari referenti delle aree specialistiche che vi fanno capo.

Gli spazi operatori

In media l'occupazione di sala operatoria per questi interventi va dai sessanta ai novanta minuti con cambi di sala molto rapidi mancando la fase di risveglio dell'anestesia generale; pertanto, è possibile operare in una seduta standard anche tre pazienti o più; la disponibilità di slot va ovviamente concordate con gli altri colleghi, inoltre il numero di ore utilizzabili deve essere coordinato con il numero di posti letto disponibili

4) Migliorare la comunicazione interna ed esterna

La comunicazione degli obiettivi desiderati sia all'interno che all'esterno dell'azienda; all'interno con la comunicazione ufficiale della struttura dedicata alla gestione di tali problematiche;

all'esterno con la comunicazione, diffusa sotto forma di informazione a livello regionale, che in tale struttura esiste un percorso organizzato di tale tipo; in altre parole sviluppare il modello di assistenza dell'ospedale in rete a cui possono far riferimento le varie strutture del territorio ; soggetti riceventi sarebbero i medici di base, i colleghi della specialistica ambulatoriale , le strutture assistenziali dei pazienti anziani.

Ritengo importante una fase informativa corretta, per evitare, come spesso accade, che vengano inviate, patologie benigne o ambulatoriali pure, che potrebbero essere gestite nei poliambulatori di zona ciò eviterebbe di riempire l'ambulatorio di casi di piccola importanza che tolgono spazio alle problematiche più significative.

Comunicazione aziendale

Informazione /criteri/diagnosi/screening/iniziale/prericovero/chirurgia/dimissione/controllo

Interna	Intranet
Esterna	Diffusione in rete

Protocollo aziendale	Modalità di accesso al protocollo
----------------------	-----------------------------------

Tempo 0	Tempo 0	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3	Tempo 4	Tempo 5
Presa in carico (Team multidisciplinare)	Dermatologi chirurghi oncologi medici di base	Esecuzione di esami preliminari				
Prericovero	Comunicazione in rete		Presa in carico prericovero	Ricovero		
Int. chirurgico				Surgery		
Dimissione					24 ore	
Controllo						Tre giorni

Tempo 0: fase diagnostica

Tempo 1: esecuzione di accertamenti preliminari

Tempo 2: chiamata entro una settimana max dalla comunicazione

Tempo 3: intervento chirurgico entro 10 giorni dalla chiusura del prericovero

Tempo 4: dimissione in 24 ore

Tempo 5: controllo entro 3 giorni dalla dimissione

Analisi dei costi di realizzazione

Tipo di risorse	Quantità	Costi aggiuntivi per l'azienda	Ricavi drg
Personale ¹	Anestesista sala operatoria quotidiano due infermieri sala due infermieri reparto	nessuno	Valore medio circa 1000 euro per intervento
Attrezzature e tecnologie		Nessun costo aggiuntivo	
Comunicazione	Informazione sia interna con diffusione alle varie unità operative sia sul territorio identificando la specificità del progetto	Nessun costo aggiuntivo	

Risultati attesi

In base a quanto progettato come modello di efficientamento sia per il percorso diagnostico iniziale , che per il prericovero che della rotazione dei posti letto , i risultati attesi sono 1) la riduzione dei tempi di attesa dalla fase diagnostica iniziale e di orientamento corretto del paziente alla struttura più adeguata, 2) la presa in carico più efficiente, la standardizzazione del percorso intraospedaliero con velocizzazione del passaggio dal prericovero all' intervento, 3) il rispetto delle fragilità di questi pazienti 4) la sicurezza nella gestione di eventuali complicanze anche nel postoperatorio immediato, la creazione di un polo di riferimento che si pone in maniera competitiva rispetto ad altre realtà che riescono ad essere sempre più presenti sul territorio.

Indicatori relativi al processo terapeutico

Come indicatori globali per il raggiungimento dei risultati attesi possiamo utilizzare 1) i tempi medi dalla presa in carico all'esecuzione dell'intervento stesso , normalmente dovrebbero ricadere in un intervallo temporale di circa un mese per la patologia oncologica ma spesso sono gravati da ritardi che possono interessare le varie fasi del processo; possiamo utilizzare inoltre 2) il criterio dello scorrimento delle liste di attesa come valido indicatore per l'efficientamento del processo in toto (capacità di smaltimento di carichi di lavoro in tempi definiti)

Relativamente al primo punto:

1. prima diagnosi di patologia neoplastica effettuata sul territorio
2. indirizzo a struttura di riferimento dove esiste un canale preferenziale (tempo medio previsto questa prima fase circa 10 giorni)
3. dopo valutazione specialistica invio in rete al circuito del prericovero, nel corso della visita evidenziare problematiche generali del pz in modo da anticipare eventuali valutazioni specialistiche necessarie all'anestesista (primo inquadramento clinico generale)

4.circuito del prericovero dedicato, rapida valutazione per interventi che si svolgono prevalentemente in regime di sedazione e valutazione degli anestetici più indicati per ogni caso specifico in modo da controllare adeguatamente il dolore sia intraoperatorio che postoperatorio (tempo atteso per la chiusura cartellino anestesiologicalo di max 10 giorni)

5.comunicazione in rete della chiusura cartellino e programmazione operatoria (programmazione da fissare in max una settimana dalla chiusura cartellino)

6.ricovero 24 ore

7.dimissione e controllo a tre giorni

Indicatori relativi all'efficienza del sistema operativo

Aumento della capacità di presa in carico di pz con patologie cutanee complesse (variazione in positivo del numero degli accessi ambulatoriali rispetto all'anno precedente)

Aumento dei pz visitati in prericovero (miglioramento del servizio dopo aver effettuato un inquadramento preliminare al momento della visita ambulatoriale)

Migliorato turnover delle sale operatorie dedicate (tempi di occupazione delle stesse al 100%)

Aumento dei pz operati in giornata per quelle patologie (numero di pz operati)

Riduzione dei tempi di ricovero con conseguente aumento delle dimissioni.

Miglioramento dell'outcome clinico per i pazienti, ad esempio come percentuale di pz guariti grazie all'efficienza del sistema, sia degli output come numero di prestazioni effettuate e conseguente miglioramento della propria posizione competitiva

Cronoprogramma

- 1) Comunicazione del progetto alla Gestione operativa (entro gennaio 2022)
- 2) Trasmissione interna del progetto all'ufficio Comunicazione e Customer care
- 3) Diffusione dell'informazione attraverso la rete sia aziendale che attraverso i canali di comunicazione internet
- 4) Valutazione aumento degli accessi ambulatoriali relativi al target indicato (circa sei mesi dalla presentazione del progetto)
- 5) Dopo un anno, valutazione a regime degli output

Andando a definire le variabili critiche per l'implementazione del progetto, si possono individuare le seguenti componenti dell'analisi SWOT:

1)I punti di forza sono come già segnalato, il rapido turnover dei posti letto, l'impegno limitato delle sale operatorie, il personale di gestione del reparto ridotto.

2)punti di debolezza: insufficiente personale per ricoprire turni di 24 ore necessari per la one day surgery; spazi operatori insufficienti a garantire una continuità di occupazione dei posti letto, cioè necessità di avere una sala operatoria quotidiana; in altri termini la day surgery deve essere organizzata come percorso a parte con un funzionamento ampiamente prevedibile e quindi pianificabile all'interno dell'azienda.

3) minacce: i competitors meglio organizzati che addirittura pescano direttamente sul territorio e che riescono a far lavorare le sale in continuità; la strategia dei competitors è quella di posizionarsi sul

territorio a diretto contatto con le esigenze della popolazione, che vede una possibilità di risposta rapida alle proprie necessità di cura ; la struttura pubblica , non potendo offrire fisicamente la stessa capacità di diffusione capillare , può, in alternativa, offrire un'adeguata informazione all'esterno in modo da ridurre il ricorso a tali strutture e di offrire anch'essa una risposta in tempi rapidi.

4) opportunità il continuo aumentare della domanda in tale fascia di età e le sinergie di una struttura polispecialistica di grandi dimensioni, che possa collocarsi anche in rete per la diffusione del messaggio da comunicare

Conclusioni

Il continuo aumentare dell'età media della popolazione si associa ad un aumento della richiesta di trattamento per diverse patologie tra cui anche quelle cutanee assumono una notevole importanza ;le stesse sono spesso correlate anche ad altre patologie di tipo sistemico che ne rendono il trattamento più complesso nei pz anziani per la condizione di fragilità che si associa a questi pazienti ; la gestione in one day surgery rappresenta una modalità di trattamento che garantisce sicurezza al paziente e nello stesso tempo abbrevia la degenza postoperatoria al minimo riducendo i rischi connessi all'ospedalizzazione in regime di degenza ordinaria .

References:

- 1) Bettelli. High risk patient in day surgery. *Minerva Anesthesiol.*2009;75:259-268
- 2) Canet J, Raeder J, Rasmussen LS, Enlund M, KUIpers HM, Hanning CD et al. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47:1204-1210
- 3) Day Surgery: operational guide. Department of Health.2002
- 4) Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione. Roma: Carocci;1990.
- 5) Gramke HF, de an Kleef M, et al. The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital. *Clin j Pain.*2007;23:543 Rijke JM, v-548
- 6) Merkow RP, Ju MH, Chung JW, et al. Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. *JAMA.*2015;313(5):483-4955)
- 7) Mitchell M. House recovery following day surgery: a patient perspective. *J Clin Nurs.*2015;24:415-427
- 8) Morris MS, Deierhoi RJ, Richman JS, Altom LK, Hawn MT. The relationship between timing of surgical complications and hospital readmission. *Jama Surg.*2014;149(4):348-354. 9) Mottram A. Day surgery patient's perceptions of risk : a qualitative research study. *Ambul Surg.*2012;17:69-73
- 10) Kara A. Rothenberg, MD; Jordan R. Stern, MD; Elizabeth L. George, MD; Amber W. Trickey, PhD, MS, CPH. Association of frailty and postoperative complications with unplanned readmission after elective outpatient surgery. *JAMA Network Open.*2019;2(5):e194330.
- 11) White PF, White L, Monk T et al. Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. *Anesth Analg.*2012;114:1190-1215
- 12) Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18.736-day surgical procedures. *J. Engshaek, J. Bartholdy e N.C. Hjortso*
- 13) Sewonov A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet LP et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire: résultat du réseau de surveillance *Ann Chir* 2002 ;127:262-267

Dr. Bruno Lombardi
bruno.lombardi@policlinico.mi.it