

**LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE
OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE DEDICATE DI CHIRURGIA
AMBULATORIALE E DI DAY SURGERY**

INDICE

**CAPITOLO 1. MODALITA' INNOVATIVE DI STRUTTURAZIONE DELL'OFFERTA
CHIRURGICA. IL RUOLO DEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI**

CAPITOLO 2. DEFINIZIONI

**CAPITOLO 3. L'APPENDICE 2 DELL'INTESA STATO REGIONI N°98/CSR DEL
05/08/2014 E MODELLI ORGANIZZATIVI.**

**CAPITOLO 4. REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E
DI CLINICAL GOVERNANCE**

CAPITOLO 5. PDTA e CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**CAPITOLO 6. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO E POLITICHE
TARIFFARIE**

CAPITOLO 7. COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI/CITTADINI

CAPITOLO 8. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

**CAPITOLO 9. MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELLA CHIRURGIA
AMBULATORIALE E DELLA DAY SURGERY**

**CAPITOLO 10. ELENCO DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE EFFETTUABILI
IN REGIME AMBULATORIALE SEMPLICE, AMBULATORIALE COMPLESSO, DAY
SURGERY**

CAPITOLO 1. MODALITA' INNOVATIVE DI STRUTTURAZIONE DELL'OFFERTA CHIRURGICA. IL RUOLO DEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

A livello internazionale l'attività chirurgica effettuata nell'arco di una giornata, senza pernottamento programmato, viene indicata in modi diversi. A tale proposito l'International Association Ambulatory Surgery (IAAS) ha suggerito di considerare come sinonimi i seguenti termini: Day Surgery, Ambulatory Surgery, Same Day Surgery, Day only.

In Italia, negli ultimi anni il concetto di Chirurgia Ambulatoriale è notevolmente evoluto. Il patto per la salute 2010-2012 già prevedeva di trasferire in regime ambulatoriale un elenco di prestazioni, alcune delle quali relativamente complesse, come l'ernia inguinale ed ombelicale.

Successivamente il patto per la salute 2014-2016 ha confermato l'intento di erogare prestazioni, già rese in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore, in regime di assistenza ambulatoriale

Lo sviluppo della Chirurgia Ambulatoriale va quindi inserito in un contesto più ampio, e non è possibile riferirsi alla chirurgia ambulatoriale senza ridefinire il contesto di tutta la chirurgia programmata, che preveda la differenziazione dell'offerta tra regime ambulatoriale, ricovero diurno e ricovero in regime ordinario (Chirurgia ambulatoriale semplice, chirurgia ambulatoriale complessa, Day Surgery, Week Surgery).

Diventa pertanto indispensabile prevedere una definizione che consenta alle Regioni di adottare requisiti, normative, organizzazioni omogenee in campo nazionale.

Regime Ambulatoriale

In regime ambulatoriale potranno essere effettuati interventi di diversa complessità, distinti in:

- Chirurgia ambulatoriale tradizionale e da ora in poi chiamata semplice
- Chirurgia ambulatoriale avanzata e da ora in poi chiamata complessa

Day Surgery

Il ricovero diurno potrà essere limitato alle sole ore del giorno e può essere seguito da un pernottamento entro le 23 ore e 59 minuti dall'intervento (Conferenza Stato Regioni Rep. 1518/2002 art. 3 comma 2)

Ricovero in regime ordinario

Il ricovero in regime ordinario potrà essere riorganizzato in:

1. *Week Surgery, Ricovero tradizionale per alta complessità;*
2. *Ricovero ordinario oltre i 5 giorni.*

La Chirurgia Ambulatoriale e la Day Surgery dovrebbero essere inserite in un'area della chirurgia di giorno, che in funzione delle esigenze definite in sede di programmazione regionale o di Piani attuativi locali, potrebbe essere collocata all'interno dell'ospedale pubblico o privato (autorizzate e/o accreditate con o senza accordo contrattuale) o in strutture extraospedaliere (autorizzate e/o accreditate con o senza accordo contrattuale) intermedie territoriali.

La creazione e l'utilizzo di strutture e reingegnerizzazione del percorso può facilitare la riconversione della rete ospedaliera e la deospedalizzazione.

L'individuazione di un'area comune o area di osservazione breve/degenza facilita il percorso del paziente e consente di gestire più facilmente eventuali complicanze intra e post operatorie.

Capitolo 2: DEFINIZIONI

<p>Chirurgia ambulatoriale Semplice in ambulatorio chirurgico</p> <p>A</p>	<p><i>possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili in ambulatorio chirurgico autorizzato:</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>senza ricovero,</i>○ <i>che non necessitano di esami di laboratorio o strumentali.</i>○ <i>con anestesia topica o locale</i>○ <i>che non necessitano la presenza del medico anestesista</i>○ <i>su pazienti a basso rischio clinico ASA 1, ASA 2 max.</i>○
---	--

<p>Chirurgia Ambulatoriale Complessa in sala operatoria</p> <p>B</p>	<p><i>possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili in struttura dotata di sala operatoria autorizzata:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>La struttura deve essere dotata di sale operatorie con gli stessi requisiti di quella ospedaliera o di day surgery (Ministero della Salute Decreto n.70 del 2 Aprile 2015 Appendice 2)</i> ○ <i>con un periodo di osservazione/assistenza post operatoria limitata alle sole ore del giorno e comunque tale da consentire, senza rischi aggiuntivi, il ritorno del paziente al proprio domicilio,</i> ○ <i>con anestesia topica , locale, locoregionale, sedazione.</i> ○ <i>Con presenza del medico anestesista</i> ○ <i>su pazienti a basso e medio rischio clinico ASA 1 e ASA 2 ASA 3</i>
---	---

<p style="text-align: center;">Day Surgery</p> <p style="text-align: center;">C</p>	<p>Per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che possono richiedere un pernottamento. Le Regioni possono avvalersi, secondo proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di un giorno o della day surgery seguita, o non, da pernottamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ con anestesia topica, locale, locoregionale, con sedazione anche profonda e possibilità di anestesia generale ○ possibilità, mediante opportuni requisiti da definire, di effettuare un ricovero post-operatorio entro le 23h e 59 min. ○ presenza del medico anestesista ○ su pazienti ASA 1-2-3. <p>(Art. 3- Accordo Conferenza Stato Regioni dell' 1/08/2002)</p>
<p style="text-align: center;">Week Surgery</p> <p style="text-align: center;">D</p>	<p><i>Possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, con qualunque tipo di anestesia, in regime di ricovero ordinario con una degenza superiore a 24 ore, in strutture funzionanti continuativamente dal lunedì al venerdì (ospedali pubblici o privati)</i></p>

La differenza fra chirurgia ambulatoriale semplice e complessa risiede sostanzialmente nell'intensità ed impatto della procedura che ne determina conseguentemente la necessità di adeguata assistenza post-operatoria.

La definizione di Day Surgery (o One Day Surgery) si riferisce esclusivamente alla durata dell'assistenza post-operatoria nel caso fosse necessario avvalersi del pernottamento (quindi ricovero entro le 23h 59').

Nel momento in cui si ridefinisce il concetto di chirurgia ambulatoriale complessa è necessario chiarire tre aspetti:

1. non esiste alcuna differenza tra una procedura chirurgica eseguita in regime ambulatoriale e la stessa procedura eseguita in regime di ricovero tradizionale,
2. non esistono differenze significative per la conduzione dell'anestesia.
3. Alcuni aspetti dovrebbero essere analizzati separatamente:
 - a) La complessità del quadro clinico del paziente (ASA o similari)
 - b) La complessità della procedura chirurgica
 - c) L'intensità assistenziale

Nella chirurgia ambulatoriale complessa, il quadro clinico può essere medio/basso, l'atto chirurgico relativamente semplice, ma l'intensità assistenziale è analoga e a volte superiore a quella della chirurgia tradizionale.

In altri termini non è soltanto l'atto chirurgico che è classificato ambulatoriale, ma primariamente il paziente e di conseguenza il regime ambulatoriale diventa una modalità diversa di presa in carico, che viene decisa sulla base di tre aspetti:

- a) le caratteristiche del paziente,
- b) la complessità della procedura chirurgica
- c) gli standard della struttura.

Ne consegue che la **chirurgia ambulatoriale complessa** rappresenta un modello organizzativo con implicazioni cliniche, organizzative ed economiche.

La scelta del percorso migliore per determinate categorie di pazienti è affidata al professionista che ha in cura il paziente congiuntamente all'anestesista. Il medico, sulla scorta di quanto ribadito dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 8254 del 02/03/11, *"deve perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura"*.

Il chirurgo, nella possibilità di diverse forme di accesso, deve ragionare in termini di appropriatezza clinico organizzativa ed evitare ricoveri inutili, nella consapevolezza che regimi con assistenza più intensiva sono più onerosi in termini di attività e costi.

L'individuazione del setting assistenziale più appropriato si dovrebbe basare sulla fattibilità della procedura in quel particolare setting (Chirurgia ambulatoriale semplice, Day Surgery, Week Surgery) su quel particolare paziente, nonché sulla base del tempo di osservazione postoperatoria necessario.

La prima scelta per il percorso migliore per determinare le categorie di pazienti si deve basare su un consenso globalmente condiviso tra professionisti di area medica, area chirurgica, area anestesiologicala oltre all'assistenza ed è necessario sviluppare un percorso che veda un forte coinvolgimento delle società scientifiche per individuare:

1. liste di procedure (codice ICD9CM) erogabili nei diversi setting assistenziali per quanto riguarda i LEA;
2. per le procedure extra LEA (Chirurgia Estetica) si può far riferimento al documento finale della commissione Europea di Normazione (CEN) che definisce per ciascuna procedura il setting appropriato di effettuazione. Documento FpeEN 16372 aprile 2014.
3. possibili percentuali di fattibilità nei diversi setting.

Ciascuna specialità chirurgica deve provvedere ad elencare gli interventi erogabili in regime di chirurgia:

- Ambulatoriale Semplice
- Ambulatoriale Complessa
- Day Surgery
- Week Surgery

La seconda scelta per il percorso migliore per determinare le categorie dei pazienti non può che dipendere dai seguenti tre elementi:

1. *Tipologia di possibili eventuali complicanze*
2. *Tempo di insorgenza della possibile complicanza dal momento dell'atto chirurgico*
3. *Tempo di risoluzione dell'atto anestesiologicalo*

La scelta del setting assistenziale non può prescindere dai tre aspetti precedentemente elencati: le caratteristiche del paziente, la complessità della procedura chirurgica e gli standard della struttura. Tale scelta può tuttavia modificarsi in funzione dell'atto chirurgico o, nel post-operatorio, sulla base del decorso clinico del paziente

Tali criteri possono essere evidenziati al momento:

- *della valutazione preoperatoria,*
- *dell'atto chirurgico*
- *nel post-operatorio, sulla base del decorso clinico del paziente.*

Capitolo 3.

L'appendice 2 dell'Intesa Stato Regioni n°98/CSR del 05/08/2014 capitolo "Chirurgia Ambulatoriale" e il Decreto 2 Aprile 2015 n.70 (Appendice 2), prevedono che le Regioni classifichino le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessità tecnica/invasività delle prestazioni
- tecniche e grado di anestesia e sedazioni praticabili
- possibili insorgenze di complicanze cliniche del paziente
- gradiente di sicurezza igienico-ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici-impiantistici, qualitativi, e di sicurezza e quantitativi, differenziandoli per la complessità della struttura.

Per l'attività di Chirurgia Ambulatoriale e in Day Surgery vengono definite tre classi di strutture sia ospedaliere che extraospedaliere.

- 1) Prima classe: strutture (ambulatorio) autorizzate e/o accreditate per chirurgia ambulatoriale semplice con anestesia topica o locale.
La chirurgia ambulatoriale "semplice" consente l'effettuazione di determinati interventi che per la loro modesta complessità, possono essere effettuati nell'ambulatorio medico specialista e non necessitano, in via di massima, di esami di laboratorio, o strumentali, né dell'assistenza dell'anestesista né di osservazione post-operatoria.
- 2) Seconda classe: strutture dotate di sale operatorie autorizzate e/o accreditate per chirurgia ambulatoriale complessa e/o day surgery (<23 h). La chirurgia ambulatoriale complessa è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che non richiedono il ricovero e che possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o locoregionale, anche di vari gradi di sedazione fino all'anestesia generale, prevedendo il coinvolgimento diretto o la presenza nella struttura dell'anestesista.
Il paziente ricoverato in Ambulatoriale complessa che non può essere dimesso nell'arco della giornata rimane nella struttura di chirurgia a degenza breve fino al mattino seguente senza necessità di modificare il regime in ricovero ordinario (da Guzzanti E. e coll. 1993). In tali strutture possono essere anche effettuati gli interventi previsti in strutture di Prima classe.
- 3) Terza classe: strutture autorizzate e/o accreditate per chirurgia in regime di ricovero ordinario con una degenza superiore alle 23 h (week surgery, ricovero ordinario in medio lunga degenza) in strutture ospedaliere pubbliche e private funzionanti dal lunedì al venerdì (con qualunque tipo di anestesia), dotate di sale operatorie e letti o spazi di degenza.

Le strutture a più elevato grado di complessità organizzativa possono effettuare le procedure previste in quelle di grado minore, si precisa quanto segue:

- Le strutture della prima classe (ambulatori) possono effettuare interventi definiti al capitolo 2 "Definizioni" punto A;
- Le strutture della seconda classe possono effettuare interventi definiti al capitolo 2 "Definizioni" ai punti A-B e C se autorizzate e/o accreditate per il Day Surgery. Sono dotate di sale operatorie e di spazi di degenza (così come previsto dalla Conferenza Stato Regioni n 1518/2002).
- Le strutture della terza classe possono effettuare interventi definiti al capitolo 2 "Definizioni" ai punti A-B-C-D e sono dotate di sale operatorie e di spazi di degenza (così come previsto dalla Conferenza Stato Regioni n 1518/2002).

CAPITOLO 4. REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI CLINICAL GOVERNANCE.

I requisiti della Chirurgia Ambulatoriale complessa in parte sono sovrapponibili a quelli della Day Surgery. Una buona base di partenza sono le indicazioni contenute nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni dell'1.8.2002. In particolare le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque siano dotate di ascensore, atti al trasporto di pazienti in lettiga fino al piano delle sale operatorie (Conferenza Stato Regioni Rep. Atti n. 198 del 13/01/2015 all. 2).

Le Regioni qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale complessa anche gli interventi chirurgici effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessità della prestazione erogata e del maggior rischio per utenti ed operatori.

I requisiti dovranno essere definiti dalle Regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di Day Surgery (Conferenza Stato Regioni Rep. Atti n. 198 del 13/01/2015).

4.1 Separazione dei flussi e Spazi dedicati (utilizzo esclusivo) (Strutture di seconda e terza classe)

Per ottenere i vantaggi attesi è necessario ribadire la netta separazione dei flussi nell'utilizzo della sala operatoria e degli spazi di degenza o di osservazione post-operatoria (per le strutture ospedaliere pubblico/private).

L'utilizzo esclusivo di un'area di osservazione post-chirurgica dedicata è elemento fondamentale per ottenere i risparmi attesi.

I pazienti operati hanno bisogno di assistenza adeguata, per un tempo più o meno lungo, in base al timing di insorgenza di eventuali complicanze ed in funzione del tipo di intervento per garantire la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali. I provvedimenti Regionali prevedono quindi la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alla procedura cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase pre-operatoria e post-operatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche, anestesiologiche ed operatoria del paziente (Decreto del 2 Aprile 2015 n.70 allegato 2)

4.2 Documentazione clinica ed approccio alla gestione per Processi (Strutture di seconda e terza classe)

Le strutture B, C, D, descritte al cap. 2 "Definizioni" devono:

- Condividere e definire il regolamento interno
- Definire le specifiche della scheda clinica e della cartella clinica (vedasi esempio in allegato)
- Definire ed adottare procedure clinico-organizzative per le fasi di selezione, ammissione, cura e dimissione/follow up.
- Attivare un sistema di valutazione, prevedendo strumenti di misurazione e verifica.

4.3 Flusso informativo per Chirurgia Ambulatoriale Complessa, Day Surgery, Week Surgery

Viene prevista la necessità di definire un adeguato flusso informativo (Introduzione della Scheda di Dimissione Ambulatoriale), indispensabile per sanare il debito informativo, attualmente garantito dalla SDO, la quale contiene informazioni che non hanno solo valenza amministrativa ma anche clinica.

La Scheda di Dimissione Ambulatoriale dovrà contenere analoghe informazioni, per:

- garantire la rilevazione del numero degli interventi effettuati,
- alimentare il data base di rilevazioni degli esiti, indispensabile per l'analisi di appropriatezza clinico-organizzativa.

CAPITOLO 5. PDTA e CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Tutte le fasi della presa in carico devono essere organizzate al fine di permettere il ritorno a domicilio del paziente in condizioni di sicurezza.

Le principali 4 fasi della presa in carico sono:

1. LA VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA
2. LA FASE OPERATORIA
3. LA FASE DI AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA
4. IL CONTROLLO POST-OPERATORIO E FOLLOW-UP

LA VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA per strutture B, C, D Cap. 2 "Definizioni"

Inserimento in lista d'attesa da parte del chirurgo con indicazione della priorità clinica, prevedendo la possibilità che tale priorità possa modificarsi durante il periodo di attesa per il modificarsi delle condizioni cliniche e socio familiari del paziente.

La valutazione pre-operatoria è funzionale a definire:

- il rischio chirurgico,
- la scelta del setting assistenziale,
- la prevenzione di eventuali effetti collaterali prevedibili,
- la pianificazione del percorso del paziente.

Per la valutazione del paziente e la scelta degli esami da effettuare è opportuno fare riferimento alle evidenze cliniche.

La selezione dei pazienti per la chirurgia ambulatoriale avviene sulla base di 3 parametri:

- Condizioni cliniche
- Grading dell'atto chirurgico
- Requisiti della singola struttura ambulatoriale

È fuorviante considerare idoneo alla chirurgia ambulatoriale un "paziente accuratamente selezionato", senza esplicitare i criteri di selezione.

E' necessario superare il concetto di "trascurabile probabilità di complicanza", poiché nessun intervento chirurgico è esente da complicanza, mentre è più aderente alla pratica clinica affermare che sono eleggibili per la chirurgia ambulatoriale le

procedure con bassa incidenza di complicanze e timing di insorgenza tale da essere gestito entro il tempo di osservazione post-operatoria previsto.

LA FASE OPERATORIA

La fase operatoria non presenta specificità in termini di requisiti delle strutture, numero di personale, presidi utilizzati rispetto all'atto chirurgico eseguito in regime di Day Surgery.

Elementi fondamentali in questa fase per facilitare la rapida dimissione sono:

- La qualità della documentazione clinica,
- La gestione del dolore acuto post operatorio,
- La prevenzione del vomito (PONV)

LA FASE DI AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA (DIMISSIONE)

L'autorizzazione all'uscita (dimissione) è stabilita a seguito di una valutazione clinica, dalla quale scaturisce una relazione clinica indirizzata al medico di medicina generale nella quale sono precisati: la condotta da tenere a domicilio, la sorveglianza post-operatoria, i riferimenti per eventuali urgenze, l'indicazione per i controlli postoperatori, tali da garantire la continuità delle cure.

CONTROLLI POST-OPERATORI E FOLLOW-UP

I controlli post-operatori ed il follow-up sono assicurati dalla struttura.

L'Unità assicura:

- Il contatto telefonico, il giorno successivo all'intervento, per verificare il corretto andamento del decorso post-operatorio, controllare la corretta applicazione delle raccomandazioni comportamentali fornite e rafforzare le consegne post-operatorie;
- i controlli clinici fino alla guarigione;
- la tempestiva informazione del medico curante.

La medicina del territorio, in particolare nella figura del medico di medicina generale, contribuisce a garantire la continuità delle cure.

Continuità assistenziale

Le unità di chirurgia ambulatoriale complessa, Day Surgery e Week Surgery è responsabile di organizzare la continuità delle cure, direttamente o mediante accordo contrattuale con un presidio dotato di rianimazione, per gestire eventuali complicanze intraoperatorie.

Inoltre, per facilitare la continuità assistenziale è necessario:

- Coinvolgere il medico di medicina generale, anche attraverso l'invio di una lettera di dimissione o relazione clinica, consegnata al paziente al momento della dimissione.
- Valutare l'opportunità della reperibilità medica e/o infermieristica da parte della struttura per gestire eventuali chiamate dopo la dimissione,
- fornire, al momento della dimissione, i farmaci relativi al completamento del percorso terapeutico, ove previsto.

CAPITOLO 6. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO E POLITICHE TARIFFARIE

L'interesse economico è uno dei principali stimoli allo sviluppo della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery possono contribuire in maniera significativa a generare risparmi in sanità attraverso una deospedalizzazione delle procedure chirurgiche e utilizzo delle strutture descritte al capitolo 3.

I vantaggi di una politica di deospedalizzazione attraverso la separazione dei trattamenti delle patologie minori da quelli più impegnativi si traducono in minori tempi di attesa, riduzione degli organici, miglioramento delle prestazioni, snellimento del Pronto Soccorso degli ospedali, recupero di posti letto nei reparti per acuti, sbottigliamento delle sale operatorie ospedaliere. Non solo, ma una deospedalizzazione programmata in strutture adeguate, accreditate secondo requisiti definiti e validi in campo nazionale, consentirà di realizzare una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, più sicura, in ambienti ove minore è il rischio di infezioni ospedaliere. Il tutto comporterà quindi una notevole riduzione dei costi per ogni singola prestazione con un miglioramento del livello di qualità.

Le tariffe delle prestazioni potranno essere conseguentemente modificate al ribasso.

CAPITOLO 7. COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI/CITTADINI

I benefici della chirurgia a ciclo diurno in strutture differenziate per complessità, sono unanimemente accettati.

A tal proposito la situazione demografica evidenzia, con l'aumento dell'aspettativa di vita, una nuova e più pressante domanda di salute in pazienti con patologie croniche dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio e con limitazioni funzionali. A queste tipologie di pazienti si rende necessario fornire una risposta adeguata, al fine di superare le problematiche di una prolungata ospedalizzazione che in numerosi casi si concretizza in un significativo incremento del rischio di complicanze infettive o tromboemboliche.

Garanzia del diritto all'informazione per effettuare una scelta consapevole

L'adeguata informazione del paziente contribuisce attivamente a realizzare una corretta presa in carico durante il percorso ambulatoriale.

L'informazione deve essere chiara, tempestiva, avviata fin dal momento dell'accettazione dell'iter ambulatoriale, reiterata in ogni tappa del percorso di presa in carico e deve comprendere:

- le caratteristiche del percorso assistenziale
- le modalità di preparazione all'intervento
- i consigli comportamentali post-operatori

Tali informazioni comprese le modalità di dimissione devono essere fornite anche ad un eventuale accompagnatore (Tutor)

CAPITOLO 8. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 2002 nel rilevare le peculiarità della chirurgia a ciclo breve suggerisce un'opportuna formazione del personale.

L'esperienza maturata nelle strutture dedicate ha evidenziato che nell'attività di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale Complessa oltre alle competenze tecniche assumono particolare importanza le Non technical skills (Leadership, Gestione delle risorse ed organizzazione del lavoro, Comunicazione e lavoro di gruppo, Decision Making, Lavoro in Team e Cooperazione per perseguire gli obiettivi).

La formazione universitaria dovrà pertanto con sempre maggior dedizione farsi carico di sviluppare tali competenze.

Compito peculiare delle Società Scientifiche è contribuire alla formazione post universitaria.

A tale proposito esistono esperienze come la Scuola ACOI di Chirurgia ambulatoriale e Day Surgery che organizza:

- un corso base (*Innovazioni clinico-organizzative in day surgery e chirurgia ambulatoriale*) destinato a medici ed infermieri che operano nelle strutture di Day Surgery o interessati ad estendere il proprio campo di attività, mira a sviluppare le competenze tecnico-professionali, con particolare attenzione alla scelta dei presidi e dei materiali ed alle moderne tecniche chirurgiche ed anestesologiche, compresa la gestione del dolore post-operatorio.
- un corso avanzato (*Sviluppo delle competenze professionali e manageriali in day surgery e chirurgia ambulatoriale*), destinato a coloro che svolgono un ruolo di responsabilità o di coordinamento all'interno delle strutture di Day Surgery. Il corso fornisce strumenti per sviluppare la funzione di leadership, il teamworking e per migliorare i risultati in termini di performance, gestione delle risorse, appropriatezza clinica, organizzativa ed outcome e offre il

supporto metodologico per l'elaborazione di un progetto di cambiamento organizzativo, contestualizzato alla struttura di appartenenza.

CAPITOLO 9. MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA E DELLA DAY SURGERY

Per favorire lo sviluppo della chirurgia ambulatoriale complessa e della day Surgery è necessario attivare più iniziative che dovranno vedere coinvolte le istituzioni e le società scientifiche.

Da un punto di vista clinico dovranno essere ridefiniti i criteri di selezione/eleggibilità dei pazienti alla chirurgia ambulatoriale complessa, alla luce del progredire della tecnologia e dei criteri per la gestione del rischio.

Diventa pertanto indispensabile avviare un percorso dinamico, che grazie all'innovazione tecnologica e organizzativa possa favorire un progressivo trasferimento di procedure verso il regime ambulatoriale attraverso lo sviluppo di conoscenze, con il coinvolgimento di società scientifiche che favoriscano la diffusione delle informazioni necessarie.

Da un punto di vista dell'organizzazione è opportuno:

- la definizione dei requisiti strutturali ed organizzativi
- soluzioni che portino al superamento del debito formativo
- monitoraggio ed analisi dei risultati (outcome).

È necessario inoltre guidare il cambiamento, monitorizzando le modalità di attuazione delle procedure inserite nell'elenco della chirurgia ambulatoriale complessa effettuate in regime tradizionale.

Da un punto di vista della programmazione sanitaria è indispensabile:

- adottare adeguate politiche tariffarie al fine di ridurre la forte variabilità della tariffa riconosciuta nelle varie regioni ed uniformare le tariffe per procedure chirurgiche analoghe;
- prevedere criteri uniformi per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale nelle singole regioni.

Il processo di deospedalizzazione, attraverso il potenziamento della Chirurgia ambulatoriale complessa e del Day Surgery sia in strutture pubbliche che private, consentirà notevoli risparmi sulla spesa del SSN, recupero di risorse umane negli ospedali, abbattimento delle tariffe, riduzione dei tempi di attesa, recupero di mobilità passiva per le Regioni; consentirà inoltre ai pazienti di vivere la malattia con minori costi sociali, e si renderà possibile, in strutture più ridotte, una accoglienza più umana e sempre meno anonima.

CAPITOLO 10. ELENCO DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE EFFETTUABILI IN REGIME AMBULATORIALE SEMPLICE, AMBULATORIALE COMPLESSO, DAY SURGERY

Le prestazioni effettuabili in regime di Day Surgery sono quelle della Conferenza Stato Regioni repertorio n 1518 del 25/09/2002

Le prestazioni effettuabili in regime di chirurgia ambulatoriale semplice sono quelle della Conferenza Stato Regioni repertorio n 1518 del 25/09/2002 contrassegnate con una S.

Le prestazioni effettuabili in regime di chirurgia ambulatoriale complessa sono quelle della Conferenza Stato Regioni repertorio n 1518 del 25/09/2002 contrassegnate con una C.

Allegato 1. Requisiti

Day Surgery	Chirurgia Ambulatoriale Complessa	Chirurgia Ambulatoriale Semplice	
ORGANIZZATIVI	Regolamento Interno	Regolamento Interno	
Regolamento Interno			
Criteri sociali			
Criteri clinici di selezione			
Pazienti ASA 1,2,3	Pazienti ASA 1,2,3	Pazienti ASA 1,2	
Grading chirurgico			
Medio	Medio	bassa	
Complessità assistenziali			
medio	Medio	basso	
Accettazione			
Compilazione cartella clinica	Compilazione cartella clinica	Scheda paziente	
Apertura SDO	Avvio percorso ambulatoriale codifica attraverso scheda ambulatoriale apertura sdo	Avvio percorso ambulatoriale tramite CUP e partecipazione alla spesa da parte del cittadino	
Numero nosologico	Numero nosologico	Numero progressivo di riferimento	
Regime			
Inpatients	outpatients	outpatients	
Requisiti di personale per l'intervento			
Personale in funzione dell'entità e della tipologia	Personale in funzione dell'entità e della tipologia	Personale in funzione dell'entità e della tipologia	

dell'attività	dell'attività	dell'attività	
2 chirurghi/2 infermieri	2 chirurghi/2 infermieri	1 chirurghi/1 infermieri	
Anestesista al tavolo/blocco operatorio o nella struttura	Anestesista al tavolo/blocco operatorio o nella struttura.		
Tutti i tipi di anestesia topica locale, loco regionale (con sedazione anche profonda) in funzione dei requisiti	Tutti i tipi di anestesia topica locale, loco regionale (con sedazione anche profonda) in funzione dei requisiti	Anestesia topica locale ad esclusione della sedazione	
Requisiti sala operatoria: sterilità e spazi adeguati	Requisiti sala operatoria: sterilità e spazi adeguati	Requisiti ambulatorio medico-chirurgico	
Assistenza post-operatoria	Assistenza post-operatoria sempre necessaria	Non prevista	
n.personale (infermieri, OSS, Data Manager) in funzione del periodo di apertura della struttura e del volume di attività	n.personale (infermieri, OSS, Data Manager) in funzione del periodo di apertura della struttura e del volume di attività	n.personale (infermieri, OSS, Data Manager) in funzione del periodo di apertura dell'ambulatorio e del volume di attività	
Posto letto tradizionale per l'assistenza pre e post- operatoria	Posto letto tradizionale per l'assistenza pre e post-operatoria di degenza per l'osservazione /assistenza pre e post operatoria in analogia ai letti di dialisi e a quelli dell'OBI		
dimissione	dimissione	Affidamento MMG/Fine	

		assistenza	
Relazione clinica con consigli comportamentali	Relazione clinica con consigli comportamentali	Relazione clinica con consigli comportamentali	
Lettera per il MMG	Lettera per il MMG	Lettera per il MMG	
Pianificazione dei controlli post operatori	Pianificazione dei controlli post operatori	Pianificazione dei controlli post intervento	
Debito informativo			
Compilazione SDO e cartella clinica	Cartella clinica	Compilazione scheda	
Follow up			
A carico della struttura con il coinvolgimento del medico curante	A carico della struttura con il coinvolgimento del medico curante	A carico della struttura con il coinvolgimento del medico curante	