

Regolamentazione dell'attività di ricovero ordinario a ciclo diurno - Day Hospital (DH) e Day Surgery (DS) - nelle strutture sanitarie private autorizzate/accreditate.

E.Sesti⁽¹⁾, A. Barattelli⁽²⁾, G. C. Faiella⁽³⁾,

(1) Direttore Medico Servizio "Accreditamento strutture di ricovero e qualità delle prestazioni erogate", ASL RM "C".

(2) Dirigente medico Servizio "Accreditamento strutture di ricovero e qualità delle prestazioni erogate", ASL RM "C"

(3) Dirigente medico Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio

Parola chiave: management, ricovero a ciclo diurno, day hospital, day surgery

Sommario

L'assistenza a ciclo diurno è regolata da una serie di norme. Si accede a questa forma d'assistenza su indicazione del medico specialista ospedaliero, ambulatoriale (pubblico e privato), e del medico curante.

L'evoluzione normativa e l'introduzione del pagamento a prestazione con l'utilizzazione del DRG (Diagnosis Related Groups) ha ulteriormente reso necessario il controllo degli aspetti organizzativi ed economici dei presidi sanitari pubblici e privati.

Si è entrati quindi nella filosofia del *fare meglio (qualità dell'assistenza, efficienza organizzativa delle prestazioni erogate) ad un costo minore* per attivare lo sviluppo delle capacità competitive: chi farà meglio ad un costo inferiore va incontro, oltre al dovuto riconoscimento economico, a quegli obiettivi del sistema qualità la cui centralità è rappresentata dal paziente-cliente.

La chirurgia ambulatoriale e la day surgery sono una vera e propria rivoluzione nell'organizzazione ospedaliera, nelle modalità di comportamento, nella professionalità, nella produttività dei sistemi sanitari, e infine nella qualità dell'assistenza per i pazienti.

I posti letto destinati a DH e DS devono derivare dalla riconversione di quelli ordinari, essere conteggiati all'interno dei posti attribuiti, e raggiungere una dotazione media regionale non inferiore al 10 per cento del totale di letti previsti dalla normativa vigente.

Assistance in diurnal cycle is defined and regulated by a series of norms. Access to this type of assistance is determined by the hospital doctor, ambulatory physician (public and private), and family doctor. The introduction of the perspective payment system "DRGs" (Diagnosis Related Groups) and new government laws have determined the implementation of control systems capable of regulating the functioning of public and private health structures. The modern philosophy demands better quality in assistance and efficient performance at a lower cost; both serve as a spark able to stimulate competition among health facilities. Only in this way shall the client-patient be satisfied.

The ambulatory surgery and the day surgery are a true revolution in the organization of hospital work changing the way of behaviour, professionalism, productivity of the sanitary systems, and, finally, the quality in the assistance of patients.

L'assistance dans le cycle journalier est définie et réglée par une série de normes. L'accès à ce type d'assistance est déterminé par le médecin d'hôpital, le médecin ambulatoire (public et privé), et le médecin de famille. L'introduction du DRGs. de système de paiement de perspective (groupes relatifs de diagnostic) et les nouvelles lois de gouvernement ont déterminé la mise en place des systèmes de commande capables de régler le fonctionnement des structures publiques et privées de santé. La philosophie moderne exige une meilleure qualité dans l'assistance et une exécution efficace à un coût inférieur; tous les deux servent d'étincelle capable a stimuler la concurrence parmi des équipements de santé. Seulement de cette façon le client-patient sera satisfait. La chirurgie ambulatoire et la chirurgie de jour sont une révolution vraie dans l'organisation du travail d'hôpital changeant la voie du comportement, professionnalisme, productivité des systèmes sanitaires, et, en conclusion, la qualité dans l'aide des patients.

Unterstützung in der täglichen Schleife wird durch eine Reihe Normen definiert und geregelt. Zugriff zu dieser Art der Unterstützung wird vom Krankenhausdokter, vom ambulatorischen Arzt (allgemein und privat) und vom Familie Dokter festgestellt. ****time-out**** d Einleitung von d Perspektive Zahlung System DRGs. (Diagnose in Verbindung stehend Gruppe) und neu Regierung Gesetz haben feststellen d Implementierung von Steuerung System fähig von regulating d functioning von Öffentlichkeit und privat Gesundheit Struktur. Die moderne Philosophie verlangt bessere Qualität in der Unterstützung und leistungsfähige Leis-

tung an niedrigeren Kosten; beide dienen als Funken, der fähig ist, Konkurrenz unter Gesundheit Teildiensten anzuregen. Nur auf diese Art ist der Klient-Patient erfüllt. ****time-out**** d ambulatorisch Chirurgie und d Tag Chirurgie sein ein zutreffend Umdrehung in d Organisation von Krankenhaus Arbeit ändern d Weise von Verhalten, Professionalismus, Produktivität von d gesundheitlich System, und, abschließend, d Qualität in d Unterstützung von Patient.

La ayuda en ciclo diurnal es definida y regulada por una serie de normas. El acceso a este tipo de ayuda es determinado por el médico de hospital, el médico ambulatorio (público y privado), y el médico de cabecera. La introducción del DRGs. del sistema del pago de la perspectiva (grupos relacionados de la diagnosis) y los nuevos leyes del gobierno han determinado la puesta en práctica de los sistemas de control capaces de regular el funcionamiento de las estructuras públicas y privadas de la salud. La filosofía moderna exige una calidad mejor en ayuda y funcionamiento eficiente en un costo más bajo; ambos sirven como chispa capaz de estimular la competición entre recursos de la salud. Solamente de esta manera el cliente-paciente será satisfecho. La cirugía ambulatoria y la cirugía del día son una revolución verdadera en la organización del trabajo del hospital que cambia la manera del comportamiento, profesionalismo, productividad de los sistemas sanitarios, y, finalmente, la calidad en la ayuda de pacientes.

Premesse e considerazioni generali

L'assistenza a ciclo diurno come modalità di ricovero ospedaliero (day hospital) è identificata per la prima volta nella normativa del nostro paese nel 1985, con la legge n. 595 che, impropriamente, dispone di destinare le eccedenze di posti letto, derivanti dalla riprogrammazione dell'assistenza ospedaliera, ad attività d'ospedalizzazione diurna e quindi, aggiuntive rispetto ai fabbisogni di ricovero. Il tema è ripreso con la legge 135/90 che, sul problema specifico dell'AIDS, definisce un primo standard indicando il rapporto di un posto d'assistenza diurna per ogni cinque posti ordinari e ancora dalla legge 412/91 che rende obbligatoria l'attivazione di strutture d'assistenza ospedaliera diurna. Infine, nell'ottobre 1992, un atto d'indirizzo e coordinamento (DPR 20.10.92) detta criteri tesi a regolamentare in modo uniforme tale tipologia d'intervento.

L'assistenza a ciclo diurno è inoltre prevista all'art. 5 del DPR 24 dicembre 1992 "definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ed ulteriormente ricordata dall'art. 8-sexies del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" così come modificato dal DLgs 19 giugno 1999, n. 229.

L'assistenza a ciclo diurno consiste in un ricovero o cicli di ricoveri programmati, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche. Si accede a questa forma d'assistenza su indicazione del medico specialista ospedaliero, ambulatoriale (pubblico e privato), e dal medico curante.

L'evoluzione normativa e l'introduzione del pagamento a prestazione con l'utilizzazione del DRG (Diagnosis Related Groups) ha ulteriormente reso necessario il controllo degli aspetti organizzativi ed economici dei presidi sanitari pubblici e privati.

La tariffa per i ricoveri di una sola giornata è stabilita in una tariffa forfettaria specifica per DRG di appartenenza.

Si è entrati quindi nella filosofia del *fare meglio (qualità dell'assistenza, efficienza organizzativa delle prestazioni erogate) ad un costo minore* per attivare lo sviluppo delle capacità competitive: chi farà meglio ad un costo inferiore va incontro, oltre al dovuto riconoscimento economico, a quegli obiettivi del sistema qualità la cui centralità è rappresentata dal paziente-cliente.

I progressi compiuti in ambito anestesilogico e chirurgico permettono di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regimi assistenziali diversi da quelli del ricovero ordinario consentendo un migliore utilizzo delle risorse a disposizione e quindi un contenimento dei costi. Oggi sono ampiamente documentate le potenzialità assistenziali di questo sistema di ricovero (DH e DS), in America ed in Inghilterra sono trattati con questo sistema oltre il 50% dei pazienti chirurgici.

Tale incremento è stato determinato dal progressivo aumento delle patologie inserite nelle liste degli interventi da eseguire in DS sia per una maggiore esperienza del personale medico che per la migliore organizzazione dell'intero sistema.

E' quindi evidente come tali metodiche debbano essere continuamente sviluppate e diffuse. La day surgery, figlia del già consolidato day hospital, insieme con la chirurgia mininvasiva, rappresenta l'ultima proposta veramente innovativa, in termini d'attività chirurgica. Di fatto, la chirurgia ambulatoriale e la day surgery sono una vera e propria rivoluzione nell'organizzazione ospedaliera, nelle modalità di comportamento, nella professionalità, nella produttività dei sistemi sanitari, e infine nella qualità dell'assistenza per i pazienti. Malgrado ciò sia ben conosciuto negli ambienti scientifici, la sua diffusione non è ancora però di dominio pubblico, essendo largamente dipendente da una politica d'accompagnamento strutturale ancora assente. D'altra parte per far sì che una politica d'accompagnamento strutturale possa partire è indispensabile avere strumenti di valutazione appropriati. Tali strumenti sono marcatori di qualità; in altre parole laddove esista, di fatto, una struttura ove funziona un servizio di DH e DS, deve esistere un regolamento suscettibile da un lato di valutazione da parte dei pazienti, dall'altro lato d'autovalutazione quindi d'autocertificazione. E' evidente che l'aspetto organizzativo sia fondamentale per la funzionalità di questo nuovo approccio. In effetti, il day hospital e la day surgery devono produrre un reale risparmio, ma anche una qualità delle cure migliore. I requisiti minimi per fare funzionare efficacemente tali istituzioni sono di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo. I requisiti strutturali prevedono l'accessibilità delle sedi, la dotazione degli ambienti, il loro utilizzo esclusivo, la possibilità di fronteggiare le emergenze. I requisiti tecnologici devono corrispondere a dotazioni d'attrezzature, farmaci, protesi, e quant'altro necessario alle terapie, alla diagnosi e alla sorveglianza durante il ricovero ed in fase pre, intra e postoperatoria. Quanto ai requisiti organizzativi è prevista una serie d'accorgimenti e di protocolli relativi alla diretta gestione dei pazienti nella fase di prima visita, in quella diagnostica-terapeutica, durante il soggiorno in regime di ricovero, nel giorno dell'intervento (accettazione, intervento e dimissione), nella successiva fase di follow up, e in particolare negli immediati controlli a casa, e nelle possibilità di reperibilità ventiquattro ore su ventiquattro di tutti i membri dell'équipe. Ciascun tassello di questo processo organizzativo deve essere coordinato e gestito con estrema professionalità, esperienza e dedizione, da personale di assistenza medico e non formato in tal senso. Quanto fin qui detto rende ragione quindi della nozione che dove il day hospital e la day surgery sono praticati seguendo tali dettami e con tali caratteristiche, il paziente può ricevere una prestazione di qualità uguale o superiore a quella di un tradizionale ricovero ospedaliero.

Per un uso appropriato del DH e DS

L'erogazione di prestazioni a ciclo diurno è ammessa per l'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa, in alternativa al ricovero ordinario, quando le prestazioni da erogare "per loro natura e complessità d'esecuzione richiedano che sia garantito un regime d'assistenza medica e/o infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale".

I posti letto destinati a DH e DS devono derivare dalla riconversione di quelli ordinari, essere conteggiati all'interno dei posti attribuiti, e raggiungere una dotazione media regionale non inferiore al 10 per cento del totale di letti previsti dalla normativa vigente.

Il volume massimo di accessi erogabili è calcolato prevedendo 1.7 accessi giornalieri (inclusi i giorni festivi) per posto letto attivo.

Il DPR 20.10.92, precisa, tra l'altro, che in caso di prestazioni di diagnostica strumentale, che non facciano parte di un programma d'interventi multiprofessionali e plurispecialistici che per le loro caratteristiche giustificano il ricovero, si deve procedere al recupero delle quote di partecipazione dovute dall'assistito. Inoltre si riportano alcune "regole" stabilite dalla Delibera regionale n. 713 del 7 marzo 2000:

- Nella tabella X sono riportati i DRG per i quali è adottabile e remunerabile il DH.
- In caso di DRG chirurgico effettuato con numero di accessi inferiore a 3, la tariffa riconosciuta verrà ridotta di L. 100.000 (51.65 euro) per ogni accesso in meno;

- Per i DRG non chirurgici, la remunerazione come DH è invece subordinata all'effettuazione di almeno una delle procedure elencate nella tabella XI. Per ogni accesso dovrà essere effettuata almeno una delle procedure principali o almeno tre delle procedure secondarie.
- Le attività assistenziali che non rispondono ai requisiti descritti devono essere considerate attività di tipo ambulatoriale e documentate attraverso le procedure previste dal Sistema Informativo per l'Assistenza specialistica Ambulatoriale (SIAS).
- La ASL RM "C" ha stabilito, tra gli altri indicatori di attività della DS, che almeno il 35% dei pazienti chirurgici venga trattato con tale regime di ricovero.

Le regole sono quindi stabilite.

I comportamenti "opportunistici" giocano, prevalentemente, nell'incrementare i day hospital diagnostici non in alternativa ai ricoveri ordinari ma come modalità d'erogazione di prestazioni ambulatoriali.

Alla base delle motivazioni vi è la possibilità di scavalcare liste d'attesa, acquisendo in tempi diversi gli elementi di conoscenza necessari alla diagnosi, l'incremento delle attività da documentare in rapporto ai meccanismi contrattuali dell'incentivazione; la tendenza ad attenuare l'effetto della lievitazione delle quote di partecipazione dovute dagli assistiti; l'incremento dei ricoveri della propria unità operativa ecc...

Attualmente, con il passaggio al nuovo sistema di finanziamento del S.S.N., in un rapporto, come quello che si è venuto a determinarsi fra soggetti produttori di prestazioni (es: l'Azienda ospedaliera, Case di Cura convenzionate/accreditate con il SSN) e soggetti acquirenti (le UU.SS.LL.), i termini dello scambio debbono essere corretti.

Una o più prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, trasformate in un ricovero a ciclo diurno, comportano un danno per la U.S.L. di provenienza del paziente, sia per il diverso sistema di remunerazione, sia per la mancata partecipazione alla spesa del paziente.

Un modello d'intervento negativo, per le prospettive economiche dell'Azienda, è rappresentato, al contrario, dalla tendenza ad utilizzare il ricovero ordinario breve in alternativa al day hospital.

Differenze significative che richiedono una utilizzazione assolutamente corretta delle diverse forme d'erogazione.

Il richiamo è, ancora una volta, ad una deontologia professionale che pone alla base dei comportamenti scienza e coscienza.

Fermo restando quanto già previsto dal D.P.R. 14 gennaio 1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e tenuto conto delle indicazioni fornite, relativamente ai DRG ed alle procedure considerate appropriate per la modalità assistenziale e quindi erogabili in regime di ricovero a ciclo diurno, stabilite dalla Giunta Regionale del Lazio con delibera n. 713 del 7 marzo 2000, con questa procedura vengono indicati i requisiti strutturali, tecnici, impiantistici ed organizzativi che debbono possedere i presidi sanitari pubblici e privati autorizzati/accreditati che intendono erogare prestazioni in regime di DH e DS, in rapporto con l'ASL RM C e quindi con il Servizio Sanitario Regionale.

Indicatori ed analisi dell'attività di ricovero in regime di DH - DS

L'accreditamento è un sistema di qualità che consente di

- favorire l'analisi delle organizzazioni e, ove necessario, la riprogettazione delle stesse;
- fornire consulenza a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- ottimizzare i risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili;
- introdurre una serie di misurazioni d'esito assistenziale che tendono naturalmente a migliorare il livello d'assistenza.

Numerose norme tra cui per ultima in ordine di tempo, la delibera GR n. 996 del 10.07.01 "Linee Guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" affermano la necessità di un adeguato ed effi-

cace sistema di controlli impostato su un approccio di tipo clinico-epidemiologico, oltre che di tipo giuridico-contabile.

Tale principio è stato chiaramente sancito dal D.L.vo. 229/99 che, all'art. 8 octies, comma 1, prevede che le Regioni e le ASL attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

L'esistenza di buoni indicatori per il monitoraggio del volume, dei costi, dell'appropriatezza e degli esiti delle prestazioni va considerata una delle componenti fondamentali di un sistema di CQI (Miglioramento Continuo della Qualità).

Fare qualità significa prima di tutto documentare le attività ("cosa si fa") o le corrette procedure ("come si deve fare"), misurare, cercare di dare un valore, possibilmente numerico, ma in ogni caso quantizzabile, anche a quegli aspetti che abitualmente non l'hanno.

Il sistema di valutazione, predisposto dall'Azienda USL RM C, si basa sulle seguenti tipologie d'analisi:

1. analisi periodica (trimestrale) dell'attività di ricovero complessiva di ciascun istituto attraverso la valutazione generale dei dati relativi all'attività di ricovero con i relativi DRG e confronto con indicatori prestabiliti (indice di case mix, ICM), indice comparativo di performance (ICP);
2. valutazione analitica, mirata su singoli casi di ricovero da effettuare attraverso la revisione della documentazione clinica ("Casi sentinella" individuati dalla Regione, da organismi istituzionali, Ministero della Sanità, letteratura scientifica mondiale);
3. valutazione annuale sulla qualità della compilazione e codifica della scheda RAD pari ad almeno lo 0,3 – 0,5% dei ricoveri di ciascuno istituto (mancata o errata codifica della diagnosi principale e secondaria, dell'intervento chirurgico principale e secondario, della data e del tipo di dimissione, impatto in termini d'eventuale assegnazione incongrua di tariffa per DRG), individuati con metodo random.
4. valutazione annuale degli indicatori definiti nel Decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 "contenuti e modalità d'utilizzo degli indicatori d'efficienza e di qualità":

EVENTO	INDICATORE	TIPO DI MISURA
Degenze inappropriate	% casi di day hospital medici e numeri di accessi > 10	Processo
Complessità casistica	➤ Peso medio dei DRG (indice case-mix assoluto)	Processo
	➤ casistica dei 20 DRG più frequenti del presidio sanitario	Processo
	➤ casistica dei 5 DRG più frequenti in ogni UO	
Onnicomprensività della tariffa	➤ % pazienti trattati in preospedalizzazione (ricoveri programmati, tempi di attesa)	Processo
	➤ % dimissioni protette	Processo
	➤ Day Hospital (%) (Ricoveri in DH medico seguito entro 30 giorni da ricovero con DRG chirurgico) (<i>valore dell'indicatore superiore al 75° percentile della distribuzione regionale</i>)	Processo
Efficienza operativa	➤ n° pz. trattati in DH/n. dimessi	Processo
	➤ indice di rotazione dei PL in regime di DH/DS	Processo
	➤ indice di utilizzazione dei PL in regime di DH/DS	Processo
	➤ Presenza media in regime di DH/DS	Processo
	➤ % dei dimessi con residenza fuori regione/totale dei dimessi	Processo
	➤ % DRG chirurgici/DRG totali nei reparti di chirurgia generale e specialistica;	Processo
	➤ dimessi da UO chirurgiche senza intervento/n. dimessi da UO chirurgiche	Processo
	➤ n°. ore effettive di attività delle sale operatorie/n. PL chirurgici DS	Processo
➤ indice operatorio DS	Processo	
Verifica della qualità ed accuratezza della compilazione della Scheda di dimissione Ospedaliera (SDO), cartella Clinica, registro di sala operatoria, altri registri.	➤ % dimessi senza l'indicazione della modalità d'invio/totale dimessi	Esito
	➤ % dimessi con codifica di diagnosi principale mancante, errata o incongrua/totale dimessi	
	➤ % dimessi con codifica di diagnosi secondaria mancante, errata o incongrua/totale dimessi	
	➤ % dimessi con codifica di procedura o intervento mancante, errata o incongrua/totale dei dimessi;	
	➤ % dimessi senza data della procedura principale/totale dimessi con procedura principale corretta nell'attribuzione del DRG	
Riabilitazione	<i>Day hospital</i>	Processo
	<ul style="list-style-type: none"> • Numero minimo 3 prestazioni (multiprofessionali e plurispecialistiche); • Durata complessiva non inferiore a 3 ore; • Controlli: 10% dei DH se i dimessi del trimestre sono inferiori a 100; 25 cartelle se i dimessi sono superiori a 100; • le prestazioni non rispondenti alle caratteristiche sopra definite verranno numerate con la tariffa ambulatoriale. 	

PROCEDURA PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI DAY – HOSPITAL

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

I requisiti di seguito illustrati sono da considerare in comune per il DH e la DS.

Ogni struttura erogante prestazioni deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; nell'arco delle ore d'attività di day hospital deve essere garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati;
- l'adozione di un regolamento proprio della struttura, sulle modalità d'erogazione e d'accesso alle prestazioni a ciclo diurno-day hospital;
- la definizione del numero di posti letto equivalenti assegnato a ciascun DH e DS e/o raggruppamento e/o dipartimento;

Il numero di posti letto equivalenti è riconfermato o rideterminato ogni anno in base all'attività svolta dalle singole Unità Operative/Dipartimenti;

- la definizione delle modalità operative di ciascun DH e DS;
- l'esistenza di raccordi funzionali con i servizi diagnostici, al fine di garantire l'esecuzione delle indagini programmate, nel periodo d'apertura del DH e DS;
- la qualifica del personale medico ed infermieristico, e le relative responsabilità;
- per ciascun paziente ricoverato in DH e DS deve essere prevista una specifica cartella clinica, aggiornata ad ogni successivo ricovero, archiviata e facilmente disponibile;
- l'individuazione di parametri d'attività in base ai quali verificare e valutare l'attività svolta nel corso dell'anno da ciascun DH e DS, anche ai fini della rideterminazione del numero dei posti letto equivalenti;
- la determinazione di forme di controllo interno alla struttura, al fine di valutare:
 - ◊ l'appropriatezza del ricorso al ricovero diurno;
 - ◊ la qualità dei servizi erogati;
 - ◊ le liste d'attesa, etc.
- la destinazione di specifiche risorse per l'attività di DH e DS e per il suo sviluppo;
- la determinazione di forme d'incentivazione per lo sviluppo dell'attività di DH e DS.

Qualunque sia il modello organizzativo adottato si deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi d'ammissione, cura e dimissione del paziente e deve essere previsto un regolamento interno formalizzato che individui le figure responsabili ed i relativi compiti.

Le strutture di DH e DS autorizzate/accreditate devono presentare all'Azienda unità sanitaria locale competente l'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo.

Le attività sopra individuate devono essere correlate ai criteri ed alle indicazioni programmatiche definite a livello regionale e/o nazionale.

1. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Le attività d'assistenza a ciclo diurno devono trovare attuazione in ambienti dedicati, facilmente accessibili dall'esterno, ove possibile attraverso percorsi indipendenti.

I posti letto sono definiti in funzione degli obiettivi dell'Azienda USL e dell'attività svolta da ciascuna delle unità operative a questo assegnate delle strutture richiedenti;

La collocazione degli ambienti dedicati deve rispondere a criteri di massima possibile integrazione operativa con l'unità di degenza, al fine di ottimizzare l'utilizzazione comune del personale e delle dotazioni strumentali.

In relazione alla tipologia ed al volume delle prestazioni da erogare, alle differenti modalità organizzative nonché ai possibili vincoli strutturali, sono possibili tre differenti localizzazioni degli ambienti destinati alle attività di ricovero diurno:

- a) spazi adiacenti agli ambienti di ricovero ordinario delle singole unità operative, ma da loro separati ed autonomi in quanto a locali e percorsi;
- b) spazi dedicati nell'ambito delle risorse assegnate a ciascun Dipartimento (raggruppamento).
- c) ambienti comuni, centralizzati, da utilizzare secondo turni ed orari prestabiliti, da parte di differenti unità operative. Tale modello, prefigurabile soprattutto in strutture sanitarie di piccole e medie dimensioni, permette il massimo utilizzo degli ambienti a disposizione. Questi potranno, infatti, essere utilizzati, ove necessario e soprattutto alla presenza di specifiche apparecchiature, anche per le attività di tipo ambulatoriale e libero-professionale.

La dotazione minima d'ambienti per il DH è la seguente:

- spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- spazio attesa;
- locale visita;
- ambienti dedicati alla degenza;
- locale soggiorno;
- locale lavoro infermieri;
- cucinetta;
- deposito pulito;
- deposito attrezzature;
- deposito sporco;
- servizi igienici distinti per utenti e per il personale.

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di DH si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

L'ambiente dedicato alla degenza è uno spazio organizzato che deve consentire il riposo del paziente e l'eventuale continuità del piano di trattamento.

In casi specifici, può essere previsto un unico ambiente di degenza, soggiorno e pranzo.

Ogni ambiente non deve ospitare, di norma, più di quattro posti letto.

La superficie minima, al netto della superficie dei servizi igienici, non deve essere inferiore a 7 m²/posto letto per camere di degenza multiple e 9 m² per camere di degenza singole.

Il locale visita/trattamento deve consentire lo svolgimento delle attività diagnostico-terapeutiche di carattere medico/chirurgico, relative alle differenti unità operative clinico-assistenziali. La superficie minima non deve essere inferiore a 12 m².

PROCEDURA PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI DAY SURGERY (DS)

Con il termine "Chirurgia di giorno (day surgery)" s'intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa delle strutture sanitarie private autorizzate/accreditate di effettuare interventi chirurgici, procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semiinvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno praticabili in anestesia locale, locoregionale, generale e/o analgesia.

Il day surgery è finalizzato al ricovero, di norma della durata inferiore alle 12 ore, di pazienti che necessitano di prestazioni multiple e/o complesse di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo, le quali per la loro natura non possono essere eseguite a livello ambulatoriale, in quanto richiedono un'osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata.

L'assistenza in regime di day surgery comprende gli esami e le visite pre-operatorie, l'intervento chirurgico ed i controlli postoperatori.

E' possibile individuare due diverse tipologie di DS:

1) DS ad indirizzo prevalentemente diagnostico: il ricovero, finalizzato all'effettuazione d'accertamenti diagnostici multi specialistici e/o di particolare complessità e/o richiedenti particolari cautele per il paziente, per il quale si rende necessaria un'osservazione sanitaria protratta per alcune ore.

2) DS vero e proprio: è destinato al ricovero di pazienti che necessitano d'intervento chirurgico.

In linea di massima si tratta di interventi:

- di elezione;
- di breve e media durata (indicativamente sino a 2 ore)
- a bassa incidenza di complicanze (in particolare per emorragie ed insufficienza respiratoria) che comportano decorsi postoperatori semplici, poco dolorosi, senza sequele importanti e quindi idonei ad una gestione domiciliare.

Le attività di DS possono essere effettuate secondo tre possibili modelli, e cioè :

- a) *Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare* all'interno di un ospedale o di una casa di cura, a carattere generale o chirurgico, esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno ; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie dedicate; locali non in prossimità della degenza.
- b) *Posti letto dedicati* all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura a carattere generale o chirurgico ; è un modello che garantisce tale regime assistenziale anche in ospedali od in case di cura con un volume minore d'attività : in questo modello organizzativo i pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.
- c) *Unità autonoma di DS*, dotata d'accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi, indipendenti ; tali unità sono dotate di propri locali, mezzi e personale, e sono quindi autonome dal punto di vista strutturale e gestionale rispetto alla struttura ospedaliera della quale sono parte integrante sotto il profilo funzionale.

Requisiti minimi strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

Le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi; a tale scopo sono attrezzate in maniera da assicurare, in base al tipo, al volume, al modello organizzativo ed alla programmazione delle prestazioni fornite, un modello organizzativo che identifichi spazi distinti per le attività d'accettazione/preospedalizzazione, di chirurgia, di degenza e di supporto per il personale.

Dovranno essere previste aree di sosta delle autovetture per il tempo necessario al prelievo del paziente dimesso.

In particolare, debbono essere assicurate:

- l'accoglienza del malato e di almeno un familiare accompagnatore;
- la preparazione del malato all'intervento chirurgico;

- la sorveglianza del malato nell'immediato post-operatorio e le procedure necessarie sia al recupero delle funzioni vitali. In caso di emergenza al suo trasferimento presso una struttura di ricovero;
- la tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti;
- la preparazione del personale addetto alle sale operatorie.

La dotazione minima d'ambienti per la DS è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio/segreteria;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti indicati per il gruppo operatorio, uno ogni 50 posti letto equivalenti;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- substerilizzazione;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita;
- camera degenza, con servizi annessi;
- cucinetta;
- servizi igienici pazienti;
- spogliatoio del personale;
- servizi igienici del personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco.

Ambienti integrativi:

- locale endoscopia, diagnostica e/o interventistica (se richiesto);
- studi medici;
- deposito attrezzature;
- locale relax operatori.

Durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di DS non possono essere utilizzati per altre attività.

In particolare, si afferma la necessità dell'utilizzo esclusivo per tali attività dei posti letto dedicati all'interno delle unità di degenza ordinaria.

I mezzi necessari al trattamento di una eventuale complicanza e, in particolare, il materiale ed i farmaci idonei debbono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.

Il settore operatorio deve garantire le condizioni ottimali per la realizzazione delle prestazioni mediche e chirurgiche che vi sono praticate.

La sala operatoria deve possedere una superficie minima di 20 mq.

Il settore operatorio comprende una zona operatoria protetta, all'interno della quale si svolgono gli atti chirurgici e le procedure interventistiche. Tale settore deve essere delimitato ed evidenziato.

Nel settore operatorio sono garantite le seguenti funzioni:

- a) la preparazione del paziente all'atto operatorio;
- b) la realizzazione degli atti operatori;
- c) la sorveglianza post-operatoria immediata;
- d) la sorveglianza del risveglio dall'anestesia fino al ristabilimento definitivo delle funzioni vitali;
- e) la preparazione del personale alla realizzazione dei diversi atti, conformemente alle regole d'igiene ed asepsi in vigore;
- f) la pronta disponibilità dei dispositivi strumentali e dei farmaci necessari al recupero delle funzioni vitali del paziente in caso di necessità.

La funzione relativa al punto b) è obbligatoriamente svolta nella zona operatoria protetta. Tutte, o in parte, le funzioni relative ai punti a), c), d), f), possono essere svolte fuori della zona operatoria protetta.

Le funzioni relative al punto e), devono essere svolte obbligatoriamente fuori della zona operatoria protetta.

Il locale endoscopia, se previsto, deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami endoscopici (broncoscopia, endoscopia digestiva, ecc...) e comunque non deve avere una superficie inferiore a 20 mq.

Comprende il locale endoscopia ed uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti.

L'area radiologica, se prevista, deve garantire lo spazio per lo svolgimento degli esami diagnostici e/o delle procedure interventistiche, nonché uno spazio distinto per il trattamento del materiale sensibile, uno per il deposito del materiale sensibile, uno per il deposito dei mezzi di contrasto ed un'area distinta per lo spogliatoio del paziente.

Requisiti minimi impiantistici e strumentali

Le caratteristiche igrometriche ed illuminotecniche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio (vedi D.P.R. 14 gennaio 1997).

E' inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto gas medicali;
- impianto chiamata personale sanitario;
- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature d'anestesia;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio: devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello d'affidabilità;
- impianto di raffreddamento ad acqua nel caso in cui siano utilizzati apparecchi laser;
- impianto allarmi di segnalazione d'esaurimento dei gas medicali;
- impianto rilevazione incendi.

Deve essere prevista la seguente dotazione minima strumentale:

Sala operatoria:

- tavolo operatorio;
- apparecchio per anestesia con sistema d'evacuazione dei gas, dotato anche di spirometro e di monitoraggio della concentrazione d'ossigeno erogato;
- respiratore automatico dotato anche d'allarme per deconnessione paziente;
- elettrobisturi;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- lampada scialitica;
- diafanoscopio a parete;
- carrelli distinti;
- strumentazione adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- cardiomonitor con defibrillatore;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati.

Dovrà inoltre essere effettuato il monitoraggio sui gas anestetici almeno ogni sei mesi.

Locale sterilizzazione:

- apparecchiatura per sterilizzazione rapida (preferibilmente in collegamento diretto con la sala operatoria).

Sala risveglio:

- gruppo per ossigenoterapia;
- sistema di monitoraggio comprendente ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturimetro, ecc...;

- aspiratore per broncoaspirazione;
- aspirazione selettiva dei gas anestetici.

Locale preparazione chirurghi:

- lavello con comando non manuale.

Locale endoscopia (se presente):

- adeguatamente attrezzato in rapporto all'area specialistica interessata all'attività endoscopica;
- carrello per emergenze cardiorespiratorie e defibrillatore (se non presente in altro locale adiacente);
- ossimetro digitale.

Area radiologica (se presente)

Oltre alla dotazione ambulatoriale standard (telecomando, intensificatore di brillantezza automatica, ecografo etc.), debbono essere presenti le apparecchiature di seguito riportate nel caso di specifici interventi vascolari.

Apparecchiatura di radiologia vascolare ed interventistica costituita da:

- angiografo digitale;
- arterioflebografo;
- tavolo ribaltabile con seriografo digitale;
- iniettore automatico.

Dotazione minima d'arredi: camere di degenza:

- impianto chiamata personale sanitario con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima d'arredi: locale visita trattamento:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico.

In *fase operatoria* l'equipe deve avere a disposizione il materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) l'identificazione e l'illuminazione delle zone anatomiche;
- c) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro recupero;
- d) la realizzazione degli interventi;
- e) la realizzazione ed il controllo dell'anestesia;
- f) l'eventuale rianimazione necessaria.

In fase *post-operatoria* l'equipe deve disporre del materiale necessario ad assicurare le seguenti attività:

- a) il supporto del paziente;
- b) la sorveglianza continua dei parametri fisiologici ed i mezzi per assicurare il loro mantenimento o il loro ripristino;
- c) l'eventuale rianimazione necessaria.

Requisiti minimi organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni sanitarie in regime di ricovero in DS deve prevedere i seguenti modelli organizzativi che tengano conto di:

- i principi generali dell'organizzazione del lavoro medico ed infermieristico
 - un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività ed un infermiere professionale che devono essere presenti durante il periodo d'attività del DS;

- durante l'attività del blocco operatorio è necessaria almeno la presenza di un medico operatore, di un anestesista rianimatore, un caposala (o un infermiere con esperienza almeno triennale di sala operatoria), un operatore tecnico addetto alla strumentazione, un infermiere dedicato.

Il personale infermieristico deve essere in possesso dei requisiti di legge (diploma d'infermiere professionale) ed il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica non inferiore a tre anni.

Il personale medico operante nella struttura deve possedere dimostrata esperienza nella branca di loro competenza.

Il personale medico ed infermieristico potrà avere un rapporto di lavoro dipendente (tempo pieno/definito) o libero professionale con la struttura.

- le modalità di reperibilità del personale (deve essere assicurata la reperibilità medica nelle 24 ore)
- le modalità di raccolta, conservazione e rilascio della documentazione clinica dei pazienti
- nel registro operatorio per ogni intervento eseguito, si dovranno riportare le seguenti informazioni:
 - i fondamentali elementi identificativi del paziente
 - la diagnosi
 - i nominativi degli operatori e dell'anestesista
 - la procedura eseguita
 - l'ora di inizio e di fine della procedura chirurgica
 - il tipo di anestesia utilizzato
 - le eventuali complicanze intraoperatorie
- l'elaborazione dei protocolli di ammissione, cura e dimissione del paziente, lista degli interventi praticabili, rapporti con il medico curante:

La scelta dei pazienti deve seguire alcuni criteri.

L'età di per se stessa non rappresenta una controindicazione assoluta per l'effettuazione di interventi in regime di DS. La decisione va presa caso per caso in base alle condizioni generali del paziente. Unica controindicazione assoluta in riferimento all'età è rappresentata dai bambini a rischio di apnea postoperatoria (nati pretermine e comunque bambini di età gestazionale inferiore alle 40 settimane).

L'anestesia nella DS va praticata preferibilmente in soggetti classificabili come ASA I o II.

- Il paziente candidato all'anestesia in DS deve comprendere ed accettare ciò che viene proposto;
- essere in grado di osservare le prescrizioni mediche
- garantire condizioni igieniche domiciliari compatibili con le prescrizioni post-operatorie indicate;
- disporre di una persona, capace e responsabile, che lo accompagni e lo assista durante la notte successiva all'intervento;
- poter effettuare il pernottamento in un luogo che non disti più di un'ora dall'ospedale dove è stato eseguito l'intervento o da altra struttura indicata come riferimento;
- avere la disponibilità di un telefono.

La dimissione del paziente è subordinata al completo ritorno alla normalità dei riflessi vitali, delle funzioni psicofisiche ed al completo recupero psicomotorio.

La dimissione del paziente dalla struttura è di pertinenza del chirurgo, in accordo con l'anestesista e va effettuata in presenza delle seguenti condizioni:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale (o comunque di
- condizioni sovrapponibili a quelle del preoperatorio);
- confermata stabilità cardio-circolatoria (o comunque di condizioni sovrapponibili a quelle del preoperatorio)
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree;

- assenza di problemi respiratori (o comunque condizioni sovrapponibili al pre-operatorio);
- minzione spontanea;
- assenza di sanguinamento;
- minima sensazione di dolore e nausea (compatibili con una gestione domiciliare);
- capacità di assumere liquidi;
- capacità di deambulazione (o comunque di eseguire movimenti sovrapponibili a quelli effettuati nel preoperatorio e consentiti dal tipo di intervento).

Il medico responsabile del trattamento, stabilita la dimissione del paziente, consegna la relazione (scheda) di dimissione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte.

In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura o della prestazione effettuata;
 - eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
 - trattamenti farmacologici consigliati;
 - indicazioni per gestire le possibili complicanze;
 - indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).
- la garanzia della continuità delle cure
Le strutture devono essere dotate di tutti i requisiti per assistere tempestivamente ed adeguatamente i pazienti in caso di complicanze ed a garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi.
 - i protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze
Le strutture di DS autorizzate/accreditate dovranno assicurare collegamenti funzionali ed organizzativi precisi con strutture di ricovero di riferimento dotate di pronto soccorso e rianimazione. nei casi di urgenza, di complicanze e negli altri casi in cui si ritenga opportuno il ricovero. Un medico deve essere facilmente reperibile nelle 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 nelle Unità di degenza ordinaria in rapporto funzionale con l'Unità autonoma o la degenza dedicata.
Le strutture di DS inoltre devono garantire prestazioni di emoteca.
 - le modalità di verifica della qualità dei servizi erogati.

Consenso informato e aspetti medico legali

Nel DH e DS il consenso del malato si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito la prestazione sanitaria o l'atto chirurgico.

A tale proposito non è sufficiente una semplice espressione di assenso all'intervento chirurgico, ma il paziente dovrà dimostrare di avere compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare e dare garanzia di disporre di una sufficiente organizzazione ed assistenza domiciliare.

Il consenso deve assumere il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate.

Bibliografia

1. Anesthesia for ambulatory Surgery. American Society of Anesthesiologists, 1993.
2. DPR 20 ottobre 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei posti di anestesia a ciclo diurno.
3. Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n° 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992
4. Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993 n° 517, Modificazioni al D. Lgs 30 dicembre 1992, n° 502, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1993
5. DPR 14/1/97. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (supplemento ordinario n. 37 G.U. n. 42 del 20/02/97).
6. Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n° 229, Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 luglio 1999. Gruppo di Studio per la Sicurezza SIAARTI. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica preoperatoria. Ed. Mandragola, 5/1994.
7. Fracastoro G.: Il Day Surgery. Aspetti gestionali ed economici. Estratto da Progressi Clinici: Chirurgia. 1997 Piccin Editore.
8. Gruppo di Studio per la Sicurezza SIAARTI. Raccomandazioni per la sorveglianza post-anestesiológica. Ed. Mandragola, 7/1994.
9. Guzzanti E., Mastrobuono I., Mastrilli F., Mazzeo M.C.: Day surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione. Ricerca sui Servizi Sanitari – Volume 1 n.4. 1997.
10. Joint Commission on Accreditation of Health care organization. Hospital-sponsored ambulatory care services. In: Accreditation Manual for Hospitals, 1988: 55-65.
11. Gold B. Unanticipated admission in the hospital following ambulatory surgery. JAMA 1989;262:3008.
12. Liva C. L'accreditamento volontario professionale: l'esperienza italiana. In: Di Stanislao F,
13. Liva C. Accredimento dei servizi sanitari in Italia. Centro Scientifico Ed, Torino 1998
14. Meridy HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthesia management: a retrospective study of 1553 cases. Anesth Analg 1982;61:921.
15. Scrivens E., Accredimento dei servizi sanitari. Esperienze internazionali a confronto, Centro Scientifico ED, 1997
16. Zanetti M., Montaguti U., Celin D., L'accreditamento degli ospedali, QA, 1991