

CHIRURGIA A CICLO DIURNO

- **CHIRURGIA AMBULATORIALE**
- **DAY SURGERY**

parere del CSR sulle modalità di organizzazione ed attività della chirurgia ambulatoriale in stretta connessione con la Day Surgery

La chirurgia a ciclo diurno offre la possibilità di eseguire interventi chirurgici in elezione, selezionati e programmabili, in regime di *outpatient* (chirurgia ambulatoriale di I e di II livello) o in regime di ricovero (Day Surgery).

La caratteristica principale dei percorsi ad alto volume ed alta standardizzabilità, come la chirurgia elettiva a ciclo diurno, è la possibilità di eseguire una corretta programmazione della attività attraverso la selezione dei pazienti e la corretta fase di preospedalizzazione da cui consegue la scelta del setting assistenziale adeguato.

La gestione del modello organizzativo prevede, inoltre, la partecipazione di differenti unità operative chirurgiche nella utilizzazione delle sedute operatorie e degli spazi di assistenza post operatoria, in linea con l'indirizzo generale della DGR 1235/12 che prevede per l'area chirurgica, il superamento della sua connotazione generalista puntando ad una segmentazione del bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e degli spazi di degenza.

In tale ambito possono essere gestiti con criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa i cosiddetti “DRG – LEA”, cioè la lista di DRG trattati in regime di ricovero ordinario e di day surgery “potenzialmente inappropriati” in quanto potrebbero esseri trattati in un diverso setting assistenziale (quello ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impegno di risorse (DPCM settembre 2001; Accordo Strato Regioni 22 novembre 2001).

La chirurgia ambulatoriale si inserisce in un modello organizzativo dell'area chirurgica in cui si prevede la netta distinzione dei flussi in elezione rispetto alla emergenza – urgenza.

In questo senso rappresenta un modello per l'implementazione dell'organizzazione assistenziale secondo i criteri dell'ospedale per intensità di cura inteso non solo e soltanto come “livelli” di intensità assistenziale ma anche e soprattutto come percorso di cura integrato e centrato sui bisogni assistenziali del singolo paziente piuttosto che sugli ambiti delle discipline specialistiche.

I pazienti da avviare a tali regimi assistenziali debbono essere opportunamente selezionati sulla base delle condizioni generali e di fattori logistici e familiari e debbono essere preventivamente informati sul tipo di intervento e di percorso al quale sono sottoposti sottoscrivendo un “consenso informato” personalizzato.

DEFINIZIONE DI CHIRURGIA AMBULATORIALE E DAY SURGERY

A livello internazionale le attività chirurgiche “diurne” vengono definite con termini diversi quali: Day Surgery, Ambulatory Surgery, Same Day Surgery, Day only, Office-based surgery.

L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), alla quale aderiscono 29 Paesi, ha suggerito di considerare il termine di “Ambulatory Surgery” come sinonimo di Day Surgery e Same-day Surgery (senza pernottamento), da tenere distinta dalla “Office-based Ambulatory Surgery” (Office-based Surgery) riferita alla possibilità di eseguire interventi chirurgici (o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive o semi-invasive) in strutture ambulatoriali poste anche al di fuori delle strutture di ricovero.

In alcuni Paesi (Stati Uniti, Canada, Australia) tutte le attività chirurgiche non eseguite in regime di ricovero sono inserite nel settore “outpatient” corrispondente al nostro settore “ambulatoriale”

Con il termine “Chirurgia Ambulatoriale” si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili:

- senza ricovero,
- in ambulatori territoriali idonei e ambulatori protetti (in ospedali o case di cura)
- in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia

Per “Day Surgery” si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili:

- con un periodo di assistenza post operatoria limitata alle sole ore del giorno e comunque tale da consentire, senza rischi aggiuntivi, il ritorno del paziente al proprio domicilio,
- con qualunque tipo di anestesia,
- su pazienti a basso rischio clinico,
- in strutture con specifici requisiti di sicurezza

Allo stato attuale, in Italia, molte prestazioni che potrebbero essere svolte in regime ambulatoriale sono in realtà effettuate in regime di ricovero, e quindi remunerate sulla base dei DRG, in quanto manca una normativa specifica a riguardo.

MODELLI ORGANIZZATIVI

Lo sviluppo della Chirurgia Ambulatoriale va inserito in un contesto più ampio, che prevede la differenziazione dell’offerta chirurgica programmata tra regime ambulatoriale, ricovero diurno e ricovero in regime ordinario.

La chirurgia ambulatoriale può essere ricondotta a 2 tipologie di attività, che si caratterizzano per diversa complessità e di conseguenza necessitano di diversi standard di sicurezza:

- Chirurgia ambulatoriale tradizionale
- Chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata

per ognuna delle quali dovrebbero essere definiti diversi standard strutturali, tecnologici-impiantistici, qualitativi e di sicurezza

All’interno delle due tipologie possono essere ricondotti i diversi livelli di complessità delle prestazioni.

Le strutture di chirurgia ambulatoriale possono essere organizzate sia all’interno dei presidi ospedalieri per facilitare la riconversione della rete ospedaliera che nel territorio.

La decisione e la scelta del modello organizzativo sarà definito in ambito di programmazione regionale e dai piani attuativi locali. Vengono ipotizzati i seguenti modelli organizzativi:

Strutture Intraospedaliere

- Strutture integrate con la day surgery
- Strutture funzionalmente o totalmente autonome

La distinzione di tali strutture sarà fatta sulla base della modalità utilizzate per pianificare il percorso del paziente, per gestire l’accoglienza dei pazienti e la degenza (letti tradizionali e letti ambulatoriali). Un elemento importante è rappresentato dalla modalità di gestione della sala operatoria (Sala Operatoria indipendente o comune all’interno del blocco operatorio).

Strutture Extraospedaliere

Strutture indipendenti (Free Standing Center)

Tali strutture si caratterizzano per avere percorsi e spazi dedicati alla chirurgia programmata diurna (Chirurgia ambulatoriale da sola o associata alla Day Surgery) con Letti tradizionali e/o ambulatoriali e Sale Operatorie dedicate).

La necessità di prolungare l’osservazione post-operatoria o la conversione in ricovero verrà gestita mediante specifici accordi con strutture di ricovero tradizionale.

Regime Ambulatoriale

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

- Chirurgia ambulatoriale tradizionale (Office-based Surgery)
- Chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata (Advanced Ambulatory Surgery)

Day Surgery

Il ricovero diurno potrà essere limitato alle sole ore del giorno.

Ricovero in regime ordinario

Il ricovero in regime ordinario potrà essere riorganizzato tra:

1. Week Surgery (Short Stay)
2. Ricovero tradizionale

L'individuazione del setting assistenziale più appropriato si dovrebbe basare sulla fattibilità della procedura nei diversi setting assistenziali (Day Surgery, Chirurgia ambulatoriale, Week Surgery) sulla base del tempo di osservazione postoperatoria, conseguente a due elementi:

1. Tipologia di possibili eventuali complicanze
2. Tempo di insorgenza della possibile complicanza dal momento dell'atto chirurgico (Time from surgery)

A tale proposito è necessario ricercare evidenze per supportare la scelta del setting assistenziale in termini di efficienza, efficacia, outcome e costi.

La scelta del setting assistenziale non può prescindere dalle condizioni del paziente (Criteri clinici di selezione).

Poiché in sanità le scelte decisionali passano attraverso la responsabilità professionale del medico che ha in cura il paziente, il quale decide come utilizzare le risorse in base al percorso clinico assistenziale ritenuto ottimale per ogni specifico paziente è necessario ricercare il consenso dei professionisti con un forte coinvolgimento delle società scientifiche

- liste di procedure (codice ICD9CM) fattibili nei diversi setting assistenziali;
- possibili percentuali di fattibilità nei diversi setting.

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa risponde alle seguenti caratteristiche:

- Si tratta di una chirurgia programmata,
- deve essere realizzata in condizioni tecniche che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio,
- può prevedere tecniche anestesilogiche variabili,
- necessita di un periodo di osservazione post-operatorio, tale da consentire, senza rischi aggiuntivi, il ritorno del paziente al proprio domicilio, il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

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

1. non esiste alcuna differenza tra una procedura chirurgica eseguita in regime ambulatoriale e la stessa procedura eseguito in regime di ricovero tradizionale,
2. non esistono differenze significative per la conduzione dell'anestesia. a tale proposito dovremmo prevedere più tipologie di anestesia, indispensabili per estendere la tipologia delle procedure chirurgiche effettuabili,
3. Nel concetto di complessità vengono erroneamente inclusi due aspetti che invece dovrebbero essere analizzati separatamente: la complessità del quadro clinico e della procedura chirurgica con l'intensità assistenziale.

La ridefinizione della chirurgia ambulatoriale deve garantire la sicurezza del percorso assistenziale e deve prevedere un percorso di condivisione con i professionisti, senza i quali non è possibile migliorare i livelli di appropriatezza clinico-organizzativa ed incrementare la qualità delle

prestazioni.

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI CLINICAL GOVERNANCE

I requisiti della Chirurgia Ambulatoriale 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.

Il percorso standard del paziente deve essere garantito con diverse modalità di "*Presa in carico*"

La chirurgia a ciclo diurno deve quindi essere intesa come un processo trasversale che attraversa le singole Unità Operative afferenti e che preveda una responsabilità di linea di produzione intesa come capacità di coordinamento tra differenti setting assistenziali e differenti discipline chirurgiche secondo i principi della clinical governance.

Il coordinamento organizzativo, congiuntamente alla responsabilità gestionale appare necessario in un modello ospedaliero che richiede continui interventi manutentivi di natura organizzativa e che si fonda su criteri di intensità di cura e complessità assistenziale.

Le funzioni della responsabilità di coordinamento non intervengono nella gestione delle risorse assegnate per l'erogazione dei servizi ma nel coordinamento di tali servizi in funzione delle esigenze dell'utente, agendo sulle interfacce tra i processi erogatori dei servizi sanitari attraverso la definizione di protocolli comuni e di momenti di coordinamento.

In particolare le strutture di coordinamento, che costituiscono centri di responsabilità non titolari di budget, attraverso il coinvolgimento delle strutture di processo e professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi di assistenza e di cura, svolgono le seguenti funzioni:

- emanano, aggiornano, ottimizzano e migliorano gli standard di riferimento, definendo le "migliori pratiche" da applicare ed, in termini economici, i parametri ottimali di assorbimento delle risorse per le diverse attività che compongono il percorso di cura e di assistenza;
- producono e migliorano costantemente i protocolli tecnico-scientifici e le linee guida da applicare nei processi di erogazione dei servizi, nonché per gestire le interfacce tra i diversi processi, al fine di garantire l'integrità del percorso per l'utente in termini di continuità e congruità degli interventi sanitari del flusso informativo che lo riguarda;
- definiscono indicatori di performance per il percorso di assistenza e di cura, monitorando i risultati ai fini dell'individuazione delle criticità e delle opportunità di miglioramento;
- concorrono con le strutture organizzative professionali interessate, all'individuazione dei bisogni ed allo sviluppo di adeguati percorsi formativi, collaborando alla realizzazione delle attività di formazione ed aggiornamento ed alla valutazione dei percorsi stessi.

Il responsabile del percorso della chirurgia a ciclo diurno assume quindi la responsabilità organizzativa e gestionale del percorso integrato: identifica i protocolli e le procedure, elabora il regolamento interno, cura la predisposizione della documentazione clinica, cura la realizzazione di modalità organizzative che soddisfino le esigenze di trasparenza, informazione e tutela dei diritti degli utenti; emana direttive finalizzate all'impiego delle risorse secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità, verificandone l'attuazione; monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi e l'efficienza dell'uso delle risorse, adottando le necessarie azioni correttive; cura i collegamenti con i Servizi e i Medici di Medicina Generale; è responsabile del sistema qualità e

della gestione del rischio clinico , promuove e verifica l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione degli obiettivi affidati, favorendo il lavoro di squadra e l'integrazione tra le professionalità; monitorizza gli indicatori di performance .

Riveste inoltre una funzione propositiva nell'ottica del trasferimento di ulteriori procedure chirurgiche nei setting assistenziali appropriati attraverso il continuo aggiornamento in tema di tecniche chirurgiche, anestesiolgiche ed assistenziali.

La attività di coordinamento e gestione del processo trasversale di chirurgia a ciclo diurno deve essere inquadrata come attività di connessione tra le discipline chirurgiche ed il dipartimento di programmazione di servizi che cura la attuazione dei processi di programmazione e controllo dell'offerta sanitaria aziendale, assumendo valenza interdipartimentale.

Separazione dei flussi e Spazi dedicati (utilizzo esclusivo)

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.

L'utilizzo esclusivo degli spazi dedicati è elemento fondamentale per ottenere i benefici 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, per tale motivo non è sufficiente l'individuazione di uno "spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento", ma è necessario prevedere dei veri e propri letti, che verranno codificati come ambulatoriali, in analogia a quanto avviene per i letti destinati alla dialisi o all'osservazione breve intensiva (OBI).

Documentazione clinica ed approccio alla gestione per Processi

Ogni struttura dovrebbe:

- Condividere e definire il regolamento interno
- Definire le specifiche della scheda clinica e della cartella clinica, possibilmente condivisa (vedi standard JCH)
- Definire ed adottare procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione
- Adottare protocolli per la fase di cura e per il monitoraggio perioperatorio
- Esplicitare i criteri di selezione ed esclusione dei pazienti
- Attivare un sistema di valutazione, prevedendo strumenti di misurazione e verifica.

Flussi informativi

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.

PDTA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La scelta del percorso migliore per determinate categorie di pazienti è affidata al professionista che ha in cura il paziente. 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*”.

La tipologia del percorso del paziente è analoga nei due diversi setting assistenziali.

Analogie tra Day Surgery e Chirurgia ambulatoriale avanzata (Advanced Ambulatory Surgery)

Day Surgery	Chirurgia Ambulatoriale Complessa
<i>Criteri clinici di selezione</i>	
Pazienti ASA 1, 2, 3	Pazienti ASA 1, 2
<i>Grading chirurgico</i>	
Medio/bassa complessità clinica	Bassa complessità clinica
<i>Valutazione pre operatoria</i>	
Visita e raccolta anamnesi da parte dell’anestesista o del chirurgo che ha valutato il paziente, Esami pre-operatori in funzione del rischio clinico e del grading chirurgico (Linee Guida di riferimento)	Idem
<i>Accettazione</i>	
Apertura SDO	Avvio percorso ambulatoriale tramite CUP e compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.
Compilazione cartella clinica	Scheda paziente
Numero nosologico	Numero progressivo di riferimento
<i>Regime</i>	
Inpatients	outpatients
<i>Esecuzione intervento chirurgico</i>	
Personale in funzione dell’entità e della tipologia dell’attività	Idem
Almeno 2 Chirurghi e 2 infermieri	Idem
Anestesista al tavolo operatorio	Anestesista nel blocco operatorio
Requisiti sala operatoria: sterilità, e spazi adeguati	Idem
Anestesia locale, loco regionale e generale	Anestesia locale, loco regionale. Generale in funzione dei requisiti
Presidi tecnologici in funzione della tipologia di attività	Idem
<i>Assistenza postoperatoria</i>	
N. personale (infermieri, OSS) in funzione del periodo di apertura della struttura	Idem
Tempo di osservazione variabile in funzione della possibile incidenza di complicanze e del timing di insorgenza dal momento dell’atto chirurgico (< 24 ore)	Tempo di osservazione variabile in funzione della possibile incidenza di complicanze e del timing di insorgenza dal momento dell’atto chirurgico (< 12 ore)
Posto letto tradizionale per l’osservazione post operatoria	Posto letto ambulatoriale (tecnico) per l’osservazione post operatoria, in analogia ai letti di Dialisi e a quelli dell’OBI

<i>Dimissione</i>	<i>Affidamento MMG/Fine assistenza</i>
Rilevazione parametri dimissibilità	Idem
Relazione clinica con i consigli comportamentali	Idem
Lettera per il MMG	Idem
Pianificazione dei controlli post-operatori	Idem
<i>Debito informativo</i>	
Compilazione SDO	Compilazione Scheda Ambulatoriale
<i>Follow up</i>	
A carico della struttura con il coinvolgimento del medico curante	Idem

Tutte le fasi della presa in carico devono essere organizzate al fine di permettere il ritorno a domicilio del paziente il giorno stesso dell'intervento chirurgico in condizioni di sicurezza.

COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI/CITTADINI

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 riguardare:

- 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 accompagnatore (Tutor)