



PARERE 93/2014

Seduta del 8 ottobre 2014

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i.;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12 luglio 2011;

Vista la richiesta di parere n 13/2014 "Chirurgia ambulatoriale";

Visto il parere 45/2014;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR);

Vista la normativa statale e regionale in materia;

Vista la documentazione agli atti;

Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza;

All'unanimità

ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE al documento "Chirurgia a ciclo diurno" che in allegato costituisce parte integrante e sostanziale del presente parere e

RITIENE necessario trattare la Chirurgia Ambulatoriale in due livelli di diversa complessità:



primo livello a complessità ed invasività minore (la cosiddetta “Office-based Surgery” della letteratura anglosassone) che mantiene tutte le caratteristiche della chirurgia ambulatoriale “tradizionale” rappresentata essenzialmente da procedure su cute e annessi. Questo livello di attività chirurgica può essere svolto anche nelle strutture intermedie ambulatoriali quali le UCCP;

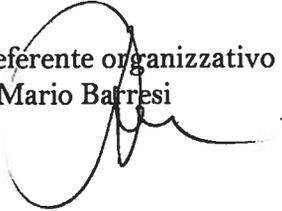
secondo livello a complessità ed invasività maggiore (chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata – Advanced Ambulatory Surgery) nella quale confluiscono (e confluiranno sempre di più con i nuovi LEA) le procedure chirurgiche tradizionalmente eseguite in regime di Day Surgery (se non ancora in regime di RO) . Per la “chirurgia ambulatoriale complessa” è evidente una stretta vicinanza con il regime di Day Surgery, in una visione unitaria dei due setting, a partire dalle modalità di immissione nella lista di programmazione, prevedendo standard qualitativi e procedurali sovrapponibili nell'ambito della “chirurgia a ciclo diurno”.

Vengono inoltre espresse le seguenti considerazioni nonché **condizioni necessarie per l'adeguamento organizzativo**:

- Il nomenclatore tariffario dovrà essere opportunamente rivisto per la aggiunta delle procedure attualmente previste dalla codifica ICD 9 CM e trasferibili in regime ambulatoriale e per la indicazione a nuove procedure attualmente non codificate perché scaturite da innovazioni tecnologiche tendenti alla riduzione della complessità e della invasività .
- Questa evoluzione organizzativa comporta una necessaria una revisione del sistema “tariffario” oltre che delle regole autorizzative e di accreditamento . E' prevedibile una particolare attenzione alla “valorizzazione” delle attività chirurgiche “trasferite” nel regime ambulatoriale, in riferimento all'intero percorso assistenziale oltre che alle caratteristiche tecnologiche che rappresentano il presupposto indispensabile alla minore invasività procedurale e alla sicurezza del paziente, nei termini di appropriatezza clinica ed organizzativa. In questa ottica appare riduttiva la analisi dei flussi SPA attualmente indicativi della attività chirurgica ambulatoriale, carente di numerose variabili utili per la tipizzazione delle procedure e della complessità clinica ed assistenziale della casistica trattata ed emerge la necessità di creare un flusso dati esaustivo, sul modello dei flussi SDO per i ricoveri ospedalieri.
- Occorre, anche, valutare le condizioni della più stretta connessione con le attività tradizionalmente inquadrare nel setting della Day Surgery (ad es. il limite temporale delle “due ore”) e ridefinirne le caratteristiche anche al fine della loro valorizzazione economica estendendo le considerazioni all'intero percorso assistenziale in termini di valutazione di tipo “cost-effectiveness” (ad es. cosa cambia da un punto di vista organizzativo, risorse umane ecc. a fronte di una tecnologia innovativa che consente l'esecuzione dell'intervento in termini di minima invasività e di sicurezza).
- L'inserimento della chirurgia ambulatoriale nel progetto del percorso chirurgico informatizzato (DGRT 438/2011, Decreto 2279/2011) appare il necessario presupposto per la correttezza della prestazione sanitaria, del suo trasparente inserimento nei flussi sanitari regionali, della alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e per il corretto monitoraggio degli indicatori di performance.

I possibili ambiti dello sviluppo della chirurgia "a ciclo diurno" (ambulatoriale e Day Surgery) rispetto a quella a "ciclo breve" (estesa alla Week Surgery), con l'intento di allargare sempre più la erogazione di attività nel regime appropriato, comportano la necessità di poter disporre di indirizzi regionali sulle definizioni delle responsabilità professionali nella gestione dell'intero percorso assistenziale coerenti con lo sviluppo del concetto di "ospedale per intensità di cura" nel quale la chirurgia a ciclo diurno e quella a ciclo breve trovano un eccellente esempio di applicazione.

Il referente organizzativo
dr. Mario Barresi



Il Vice Presidente
dr. Antonio Panti

