

**ORGANIZZAZIONE  
DELL'ATTIVITÀ  
CHIRURGICA  
PROGRAMMATA  
(INTERVENTI CHIRURGICI E  
PROCEDURE INVASIVE)**

## **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Conferenza Stato Regioni del 1 agosto 2002 - repertorio atti n. 1516 rettificato con atto repertorio n. 1518 del 25 settembre 2002 - "Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day Surgery"

DGR n. 3586/2004 – "LR 8/2001, art. 4: autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie private e delle relative attività – procedure e requisiti. Modifica DGR 1292/2002".

Ministero della Salute – Progetto Mattoni SSN; Evoluzione del sistema DRG nazionale – Milestone 1.2.1. Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi. Relazione finale approvata il 16 maggio 2007.

DGR n. 1436/2011 – "Dlgs 502/1992, artt. 8 bis, 8 ter e 8 quater – lr 8/2011, art. 5 – l296/2006, art. 1 comma 796, let t – programma di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale: approvazione definitiva requisiti e procedura".

Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 – "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria."

DGR n. 2673/2014 – "LR 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera."

Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; appendice 2: Chirurgia ambulatoriale.*

DGR n. 929/2015 – "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici."

## **PREMESSA**

La programmazione regionale, con le DGR n. 2673/2014 e n. 929/2015 ha definito la pianificazione regionale delle strutture e dei posti letto per tutti i presidi ospedalieri pubblici e privati. Nei due provvedimenti sono elencate le funzioni di ogni presidio ospedaliero, corrispondenti alle singole discipline (DGR 2673/29015) e quali di queste sono assicurate tramite la previsione di una struttura complessa (DGR 929/2015). Ogni azienda, inoltre, ha approvato il proprio atto aziendale attraverso il quale ha meglio specificato le modalità organizzative con le quali dà attuazione a quanto previsto dalla pianificazione regionale.

Con il presente documento si intende definire numerosi aspetti che riguardano l'attività chirurgica programmata che interessa numerose strutture della regione. Oltre alle strutture di chirurgia generale e specialistica dei presidi ospedalieri pubblici e delle case di cura private accreditate, trattando anche la chirurgia ambulatoriale semplice e complessa, il documento è rivolto anche alle strutture distrettuali e ad alcuni erogatori privati accreditati per la specialistica ambulatoriale.

Il presente documento sviluppa l'argomento attraverso i seguenti paragrafi:

1. Classificazione delle attività di chirurgia programmata
2. Organizzazione delle attività di chirurgia programmata
3. Selezione pre-operatoria del paziente
4. Percorso del paziente per la chirurgia programmata
5. Personale
6. Documentazione
7. Indicatori di attività e valutazione degli outcomes

## 1. CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA PROGRAMMATA

A livello internazionale l'attività chirurgica effettuata nell'arco di una giornata, senza pernottamento, viene indicata in modi diversi e include attività fra loro molto eterogenee. La *International Association Ambulatory Surgery (IAAS)* ha suggerito di considerare come sinonimi i termini *Day Surgery, Ambulatory Surgery, Same Day Surgery, Day only*. In Italia, negli ultimi anni il concetto di Chirurgia Ambulatoriale è notevolmente evoluto al punto che nel patto per la salute 2010-2012 si prevede di poter trasferire in regime ambulatoriale un elenco di prestazioni, alcune delle quali relativamente complesse, come ad esempio l'ernia inguinale e ombelicale.

Nel momento in cui si ridefinisce il concetto di chirurgia ambulatoriale è necessario chiarire che non esiste alcuna differenza tra una procedura chirurgica eseguita in regime ambulatoriale e la stessa procedura eseguita in regime di ricovero (*day hospital* o ordinario). La possibilità di trasferire certe tipologie di interventi dal ricovero ordinario al *day hospital* e da questo all'ambulatorio è invece condizionata dalla modalità di conduzione dell'anestesia che deve essere fatta con tecniche e/o farmaci che permettono di contrarre il periodo di osservazione post intervento o procedura e dal rischio clinico chirurgico generale e specifico dell'intervento, con necessità di osservazione post-intervento più o meno prolungata, quest'ultima riducibile ove ci sia la possibilità di introdurre metodiche chirurgiche innovative.

Ciò che determina la classificazione della prestazione in un regime piuttosto che in un altro non è solo l'atto chirurgico, bensì la possibilità di eseguire l'intervento con tecniche anestesiolgiche che permettono un rapido recupero e la condizione del paziente che può essere in grado di riprendersi più o meno rapidamente. Ne consegue che il regime ambulatoriale diventa una modalità diversa di presa in carico, che viene decisa sulla base delle caratteristiche del paziente, della complessità della procedura chirurgica e della tipologia di anestesia. Tali elementi impongono che la ridefinizione del modello organizzativo, inteso a migliorare i livelli di appropriatezza clinico-organizzativa e incrementare la qualità delle prestazioni, deve prevedere un percorso di condivisione con i professionisti, a garanzia della sicurezza dell'intero percorso assistenziale.

Lo sviluppo della chirurgia ambulatoriale va pertanto inserito in un contesto più ampio nel quale deve essere ridefinita tutta la chirurgia programmata con differenziazione dell'offerta tra i vari regimi:

- ambulatoriale
  - o chirurgia ambulatoriale semplice
  - o chirurgia ambulatoriale complessa
- ricovero diurno
  - o *day surgery*
- ricovero ordinario
  - o *one day surgery* (con un pernottamento)
  - o *week surgery* (ricovero con più pernottamenti organizzato nella settimana lavorativa)
  - o chirurgia programmata tradizionale (ricovero che prevede più pernottamenti comprese le giornate festive e pre festive).

È pertanto necessario adottare una definizione che consenta di stabilire un confronto costante tra professionisti e con i Sistemi Nazionali e Regionali.

Oltre all'attività chirurgica classica, appartenente a tutte le discipline chirurgiche, rientrano in tale classificazione anche le procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive effettuate in ambito endoscopico (varie discipline), cardiologico, radiologico e neuro-radiologico interventista.

## 2. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA PROGRAMMATA

La **chirurgia ambulatoriale semplice** può essere svolta in ambulatori chirurgici con le caratteristiche strutturali, impiantistiche ed organizzative previste per l'autorizzazione e l'accreditamento delle attività di chirurgia ambulatoriale (locali di gruppo 1). L'equipe è normalmente costituita da un medico e un infermiere. Tali tipologie di intervento richiedono la presenza di un medico o un infermiere certificato BLS nella struttura e possono essere eseguiti anche nelle strutture territoriali. La chirurgia ambulatoriale semplice riguarda prestazioni per le quali di norma il paziente trascorre nella struttura meno di 90 minuti.

La **chirurgia ambulatoriale complessa**, rispetto a quella semplice, richiede che l'ambulatorio/sala di esecuzione dell'intervento abbia dimensioni maggiori, equiparabili a quelle utilizzate per l'endoscopia (> 20 mq), collocata in una struttura dove, nel corso dell'esecuzione delle attività, è presente e attivabile un operatore certificato ALS. Al paziente deve essere assicurato, per tutta la durata della prestazione, il monitoraggio dei parametri vitali, adeguato alle procedure alle quali viene sottoposto. Il carrello per le emergenze deve essere analogo a quello previsto per i setting assistenziali più complessi. Inoltre, è richiesta la presenza di un'area di osservazione con barelle/poltrone reclinabili, ove sia possibile prolungare la permanenza del paziente in caso di necessità, in modo da consentire il ritorno al proprio domicilio senza rischi aggiuntivi. L'equipe è composta da uno o due chirurghi e uno o due infermieri, in base alla tipologia di intervento/procedura, eventualmente integrata da un operatore di supporto; la presenza dell'anestesista è prevista in base alle tecniche di sedazione utilizzate. Le caratteristiche minime strutturali, impiantistiche e organizzative sono quelle previste per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle sale endoscopiche, oppure possono essere di livello superiore (es. sala operatoria). La chirurgia ambulatoriale complessa riguarda prestazioni per le quali di norma il paziente trascorre nella struttura meno di 4 ore.

La **day surgery** richiede l'utilizzo di una sala operatoria collocata in un presidio ospedaliero attivo o riconvertito in presidio ospedaliero per la salute o in una casa di cura privata accreditata. Inoltre è necessaria la presenza del reparto con posti letto di day hospital. Le caratteristiche strutturali, impiantistiche e organizzative sono quelle previste per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale. L'equipe è normalmente composta da uno o due chirurghi, un anestesista e due infermieri, di cui uno esperto nell'assistenza anestesiologicala e monitoraggio del paziente, eventualmente integrata da un operatore di supporto; se l'intervento è eseguito da un solo chirurgo, un secondo deve essere comunque presente e attivabile nella struttura.

La **one day surgery** richiede l'utilizzo di una sala operatoria con reparto con posti letto di ricovero ordinario collocati in un presidio ospedaliero o in una casa di cura privata accreditata. Le caratteristiche strutturali, impiantistiche e organizzative sono quelle previste per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale. L'equipe è normalmente composta da uno o due chirurghi, un anestesista, due infermieri, di cui uno esperto nell'assistenza anestesiologicala e monitoraggio del paziente, e un operatore di supporto; se l'intervento è eseguito da un solo chirurgo, un secondo deve essere comunque presente e attivabile nella struttura.

La **week surgery** richiede l'utilizzo di una sala operatoria con reparto con posti letto di ricovero ordinario collocati in un presidio ospedaliero, o in una casa di cura privata accreditata, attivi da lunedì mattina a venerdì sera, con possibilità di trasferimento agevole e sicuro in reparto di degenza ordinaria, se necessario per continuità assistenziale. Le caratteristiche strutturali, impiantistiche e organizzative sono quelle previste per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale. L'equipe è normalmente composta da uno o due chirurghi, un anestesista, due infermieri, di cui uno esperto nell'assistenza anestesiologicala e monitoraggio del paziente, e un operatore di supporto; se l'intervento è eseguito da un solo chirurgo, un secondo deve essere comunque presente e attivabile nella struttura.

La **chirurgia programmata tradizionale** richiede l'utilizzo di una sala operatoria con reparto con posti letto di ricovero ordinario collocati in un presidio ospedaliero o in una casa di cura privata accreditata. Le caratteristiche strutturali, impiantistiche e organizzative sono quelle previste per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale. L'equipe è normalmente composta da uno o due chirurghi, un anestesista e due infermieri, di cui uno esperto nell'assistenza anestesiológica e monitoraggio del paziente, e un operatore di supporto; eventualmente integrata da un terzo infermiere; se l'intervento è eseguito da un solo chirurgo, un secondo deve essere comunque presente e attivabile nella struttura.

Nel caso un paziente venga accolto in regime di day hospital e, per motivi vari, non possa essere dimesso in giornata, viene trasferito in degenza ordinaria e il ricovero in day hospital deve essere annullato e trasformato in ricovero ordinario. Nel caso ciò non sia possibile, la struttura deve comunque assicurare l'osservazione notturna.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse ed efficientare lo svolgimento delle attività chirurgiche, le attività di chirurgia ambulatoriale complessa e di day surgery, ove entrambe presenti, possono essere inserite in un'area per la chirurgia di giorno (day care) che facilita il percorso del paziente e consente di gestire più facilmente eventuali complicanze intra e post operatorie. In funzione delle esigenze definite in sede di programmazione regionale, tali attività possono essere collocate all'interno di un presidio ospedaliero attivo oppure riconvertito in struttura distrettuale (es. presidio ospedaliero per la salute), o in una casa di cura privata accreditata.

Anche la one day surgery e la week surgery dovrebbero usufruire della medesima organizzazione attiva per alcuni giorni alla settimana (solitamente da lunedì mattina a venerdì sera); tali aree di degenza dovrebbero essere autonome, ma per presidi ospedalieri di minori dimensioni potrebbero essere contigue ai reparti di degenza che si amplierebbero e ridurrebbero *a fisarmonica*, in base all'espletamento delle attività, recuperando comunque dei buoni livelli di efficientamento.

Per quanto riguarda le sale operatorie, l'organizzazione deve prevedere percorsi distinti dall'urgenza, soprattutto quando la frequenza di quest'ultima incide in modo frequente sulla programmazione delle attività, procurando rinvii e conseguente scadimento della qualità percepita dai cittadini.

Tutte le strutture pubbliche e private che svolgono chirurgia ambulatoriale complessa sono tenute a partecipare ai programmi della rete regionale Cure Sicure FVG, così come accade per gli erogatori pubblici e privati accreditati che svolgono attività chirurgica in setting assistenziali più complessi.

### 3. SELEZIONE PRE-OPERATORIA DEI PAZIENTI

La scelta sulla tipologia di setting da adottare passa attraverso la valutazione di diversi requisiti per i quali ogni equipe, in base al livello di esperienza e propensione a utilizzare setting meno complessi, stabilisce la propria pianificazione. Non esiste, pertanto, una procedura univoca per riferire i pazienti a un setting assistenziale piuttosto che a un altro, in quanto l'esperienza complessiva dell'equipe, chirurgica e anestesiologicala e le tecniche evolvono nel tempo modificando il setting assistenziale da proporre a un determinato paziente per uno specifico intervento.

L'appendice 2 al DM 2 aprile 2015, n. 70 propone di utilizzare la classificazione dell'American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali, riservando ai pazienti afferenti alle classi ASA1 e ASA2 la possibilità di essere candidati alla chirurgia ambulatoriale complessa. Le equipe possono tenere conto di tale suggerimento e utilizzare il criterio ASA proposto, oppure valutare altre modalità ufficiali di classificazione dei pazienti.

La tabella successiva descrive i parametri da considerare nella valutazione del paziente e le differenze caratterizzanti le diverse tipologie di setting assistenziale.

Tipologia di chirurgia	Caratteristiche
Chirurgia ambulatoriale semplice	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Limitata o nulla necessità di esami pre-operatori</li><li>2. Anestesia topica/locale senza sedazione</li><li>3. Periodo di osservazione post intervento normalmente inferiore a 1H</li><li>4. Pazienti a basso rischio clinico in rapporto all'intervento</li></ol>
Chirurgia ambulatoriale complessa	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Limitata o nulla necessità di esami pre-operatori</li><li>2. Anestesia topica/locale, loco-regionale o sedazione</li><li>3. Periodo di osservazione post-intervento normalmente inferiore a 3H</li><li>4. Pazienti a basso e medio rischio in rapporto all'intervento</li></ol>
Day surgery	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessità di esami pre-operatori con valutazione anestesiologicala</li><li>2. Qualunque tipo di anestesia effettuata dall'anestesista</li><li>3. Periodo di osservazione post intervento &gt; 3H e &lt; 8H (senza pernottamento)</li><li>4. Pazienti a basso e medio rischio in rapporto all'intervento</li></ol>
One Day Surgery	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessità di esami pre-operatori con valutazione anestesiologicala</li><li>2. Qualunque tipo di anestesia effettuata dall'anestesista</li><li>3. Periodo di osservazione post intervento &gt; 8H con un pernottamento</li><li>4. Pazienti a medio e alto rischio</li></ol>
Week Surgery	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessità di esami pre-operatori con valutazione anestesiologicala</li><li>2. Qualunque tipo di anestesia effettuata dall'anestesista</li><li>3. Periodo di osservazione post intervento &gt; 24H, fino a 4 pernottamenti</li><li>4. Pazienti a medio e alto rischio</li></ol>
Chirurgia programmata tradizionale	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessità di esami pre-operatori con valutazione anestesiologicala</li><li>2. Qualunque tipo di anestesia effettuata dall'anestesista</li><li>3. Periodo di osservazione post intervento con almeno 5 pernottamenti</li><li>4. Pazienti a medio e alto rischio</li></ol>

Resta inteso, comunque che l'indirizzo di un paziente verso uno o l'altro regime di chirurgia, oltre che dalla tipologia di intervento chirurgico e dalla classificazione ASA, è determinato anche da altri fattori quali la

complessità dell'assistenza post-operatoria, la situazione sociale, la possibilità di avvalersi di un familiare oppure la distanza dell'abitazione.

La tabella sotto riportata può rappresentare un esempio di strumento da utilizzare per classificare l'attività e indirizzarla verso il setting assistenziale più idoneo. Le equipe sono comunque libere di utilizzare altri strumenti, purché nella documentazione clinica risulti evidente con quale modalità è stata effettuata la scelta di accedere a un setting assistenziale piuttosto che a un altro.

Requisiti da valutare	Ambulatoriale semplice	Ambulatoriale e complessa	Day surgery	One day surgery	Week surgery	Chirurgia tradizionale
Grading chirurgico						
Classificazione ASA						
Fase post-operatoria						
Complessità assistenziale						
Situazione sociale						
Distanza abitazione						
Tipo di anestesia						
Altro .....						
.....						

## 4. PERCORSO DEL PAZIENTE PER LA CHIRURGIA PROGRAMMATA

Per ottenere vantaggi in termini di efficienza, efficacia e qualità dell'offerta del servizio fornito ai cittadini, tutta la chirurgia programmata prevede che l'organizzazione dei flussi dei pazienti (in primis sala operatoria e posti letto) sia distinta da quella urgente.

Il percorso assistenziale della chirurgia programmata inizia dal momento in cui il chirurgo che ha in cura il paziente concorda con lo stesso la necessità di effettuare l'intervento chirurgico come opzione terapeutica. Non fanno pertanto parte del percorso tutti gli esami e le prestazioni effettuati per giungere alla diagnosi dalla quale si è poi sviluppata l'indicazione a intervenire chirurgicamente. Per la chirurgia programmata, la tipologia del percorso del paziente è analoga nei diversi setting assistenziali. Le prestazioni pre-ricovero sono utilizzabili per il ricovero ordinario e in day hospital, mentre per la chirurgia ambulatoriale complessa le prestazioni sono individuate con la sigla H-CAC nella colonna delle note.

Il chirurgo, esaminata la situazione clinica del paziente, individua il **critério di priorità** e il setting assistenziale più appropriato nel quale effettuare l'intervento chirurgico, nonché il periodo di effettuazione dello stesso, con eventuale inserimento in lista d'attesa. Con giusto anticipo, fa effettuare gli esami pre-operatori (di norma ricompresi nella prestazione ambulatoriale o di ricovero) e programma la visita anestesiológica, ove prevista, dalla quale può risultare la necessità di modificare il setting assistenziale proposto.

Per tutte le tipologie di chirurgia programmata, di norma, il paziente accede alla struttura il giorno dell'esecuzione dell'intervento, avendo già effettuato il pagamento del ticket se dovuto (chirurgia ambulatoriale), e lascia la struttura in base al setting assistenziale individuato. Gli esami post dimissione, come quelli pre intervento, sono ricompresi nella prestazione ambulatoriale o di ricovero e, pertanto, rientrano nella scheda ambulatoriale o nella cartella di ricovero senza oneri aggiuntivi per il paziente.

La scelta del **setting assistenziale** più idoneo si basa sulla fattibilità di eseguire la procedura in quel particolare setting (chirurgia ambulatoriale semplice o complessa, day surgery, one day surgery, week surgery, chirurgia programmata tradizionale) e tiene conto delle condizioni cliniche del paziente e del tempo di osservazione post-operatoria necessario a dimetterlo in sicurezza. L'appropriatezza clinico organizzativa evita ricoveri inutili e regimi con un'assistenza più intensiva e, pertanto, più onerosi in termini di attività e costi.

Una procedura chirurgica è effettuabile in regime ambulatoriale quando compare nel nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale; è effettuabile in day surgery quando nel tariffario ricoveri è presente la tariffa in day hospital del relativo DRG. Diversi interventi chirurgici e procedure sono presenti sia nel nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale che nel tariffario ricoveri (con tariffa in day hospital e in ricovero ordinario); la scelta di effettuare la prestazione in un regime piuttosto che nell'altro spetta al chirurgo, in condivisione con l'anestesista, che tiene conto di quanto prevedono le società scientifiche di riferimento, della valutazione pre-operatoria e delle possibili complicanze alle quali può incorrere quel determinato paziente, del tempo di risoluzione dell'atto anestesiológico, nonché della necessità di successivo supporto familiare e della concreta possibilità di usufruirne. Ne consegue che lo stesso intervento chirurgico effettuato su pazienti diversi può essere appropriatamente svolto in regimi di erogazione differenti.

Per una corretta **gestione dei processi** è necessario che ogni presidio ospedaliero adotti, per lo svolgimento della chirurgia programmata, un regolamento interno nel quale sono definiti:

- i criteri di selezione ed esclusione dei pazienti
- le specifiche della scheda clinica e della cartella clinica

- le procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione
- i protocolli per la fase di cura e monitoraggio peri-operatorio
- il sistema di valutazione con gli strumenti di misurazione e verifica.

L'adeguata informazione del paziente contribuisce attivamente a realizzare una corretta presa in carico. Per assicurare la **garanzia del diritto all'informazione**. Indispensabile per poter effettuare una scelta consapevole, l'informazione deve essere chiara, tempestiva, avviata fin dal momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento, possibilmente reiterata in ogni tappa del percorso di presa in carico. Ove necessario l'informazione deve essere fornita anche al care giver; la stessa deve essere completa di:

- informazioni sulle caratteristiche dell'intervento e del tipo di anestesia
- descrizione dell'intero percorso assistenziale
- modalità di preparazione all'intervento
- consigli comportamentali da tenersi nel post-operatorio

Per le attività di chirurgia programmata, già a partire da quella ambulatoriale complessa, è importante tenere nella dovuta considerazione tutte le necessità di **continuità assistenziale**; in particolare:

- per le sedi extra-ospedaliere nelle quali viene svolta attività di chirurgia ambulatoriale è necessario che le stesse stipulino un accordo con un presidio ospedaliero dotato di posti letto di rianimazione/terapia intensiva, per gestire eventuali complicanze intraoperatorie;
- il medico di medicina generale deve essere informato, anche attraverso l'invio di una relazione clinica consegnata al paziente al momento della dimissione;
- per la chirurgia ambulatoriale complessa e il day surgery deve essere possibile, da parte del paziente, contattare un medico della specialità interessata per gestire eventuali necessità nelle 24 ore successive all'intervento;
- la struttura si fa parte attiva per chiamare il paziente nei giorni successivi per un feed-back sul livello di gradimento e rilevare eventuali aree di miglioramento;
- relativamente alla necessità di farmaci, eventualmente anche per la gestione del dolore, devono essere fornite precise indicazioni, valutando l'opportunità di fornirli al momento della dimissione, in alternativa alla prescrizione, a completamento del percorso terapeutico;
- ove ci sia la necessità di effettuare un controllo, lo stesso deve essere programmato già al momento della dimissione.

Ove l'attività chirurgica ambulatoriale complessa fosse svolta in strutture extra-ospedaliere prive di possibilità di ricoverare i pazienti, per la **gestione delle complicanze** non gestibili in loco, o nel caso di impossibilità a dimettere il paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente alla struttura ospedaliera più vicina nella quale siano presenti gli specialisti della disciplina oggetto dell'intervento. A tal fine deve essere presente un protocollo formalizzato che disciplini le modalità di raccordo fra le strutture.

Nel caso di **emergenze cliniche** verificatesi in strutture che non sono in grado di assicurare il proseguo delle cure in quanto prive di strutture di pronto soccorso, terapia intensiva, unità di terapia intensiva cardiologica, area d'emergenza, ecc.), a parte le prime manovre assicurate dagli operatori presenti in loco, deve essere allertata la centrale operativa 112/118 che invierà un mezzo di soccorso ALS e inserirà il paziente nel percorso assistenziale più appropriato.

I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla AAS/ASUI di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto.

## 5. IL PERSONALE

L'attività di chirurgia programmata è assicurata dai medici chirurghi delle diverse discipline e dal personale infermieristico e di supporto. Le competenze richieste variano per i medici chirurghi, solitamente trasversali a tutti i setting assistenziali, gli anestesisti rianimatori e il personale infermieristico, solitamente dedicato a uno specifico setting assistenziale.

Per organizzare adeguatamente le attività utilizzando il setting assistenziale più corretto per l'esecuzione degli interventi, è importante che:

- per ogni disciplina si individui un medico che favorisca l'implementazione delle tecniche chirurgiche meno invasive, classifichi e coordini le attività programmate, fornisca le specifiche per la compilazione della documentazione clinica e si rapporti con i coordinatori infermieristici dei diversi setting assistenziali per migliorare gli aspetti organizzativi.
- per le strutture di anestesia e rianimazione si individui un medico che favorisca l'implementazione delle tecniche di sedazione/anestesia più appropriate per ogni tipologia di setting, e si rapporti con i chirurghi e i coordinatori infermieristici per migliorare gli aspetti organizzativi.
- i coordinatori infermieristici delle diverse aree assistenziali svolgano il raccordo con i responsabili delle diverse discipline, concordino le necessità professionali e organizzative e favoriscano, all'interno del gruppo professionale coordinato, lo sviluppo delle competenze richieste.

Trasferire l'attività chirurgica da regimi a maggior consumo di risorse (ricovero ordinario) agli altri (day hospital o ambulatorio) richiede un'attenta valutazione delle tecniche in utilizzo e delle opportunità di modificarle; anche le attrezzature e le tecnologie possono richiedere adeguati aggiornamenti ai fini della corretta e sicura esecuzione delle pratiche chirurgiche con setting assistenziali a minore consumo di risorse. Per molte tipologie di attività si richiede, sia per i medici che per gli infermieri, competenze tecnico professionali in materia di innovazione clinico-organizzativa, appropriatezza, conoscenza delle opportunità fornite dall'uscita sul mercato di nuovi presidi, farmaci e materiali, sia per la fase chirurgica che anestesilogica, e di gestione del dolore post-operatorio. Lo sviluppo di tali competenze richiede un'adeguata **formazione** che, per coloro che ricoprono ruoli di responsabilità (medici team leader delle discipline chirurgiche e di anestesia o coordinatori infermieristici), devono essere accompagnati da altra formazione in grado di fornire strumenti per sviluppare la funzione di leadership, lavorare in team, misurare e migliorare le performance, gestire le risorse ed elaborare progetti di cambiamento.

Per determinate tipologie di interventi esistono in letteratura valutazioni attendibili che indicano come i migliori esiti si ottengano solamente in equipe con casistica sufficientemente ampia. È pertanto necessario che ogni rete di patologia attiva e/o ogni azienda quantifichino, per diverse tipologie di intervento, la casistica minima annuale per medico e per equipe, ciò a garanzia degli esiti per i pazienti. Essendo il punto di partenza abbastanza disomogeneo fra le strutture chirurgiche della Regione, nell'ambito delle reti di patologia attive è necessario individuare le modalità con le quali favorire l'integrazione fra le equipe e i professionisti che le compongono, ciò anche al fine di non perdere le competenze attualmente presenti. È inoltre necessario individuare le modalità con le quali alcuni professionisti di reparti nei quali è preclusa una determinata attività possano accedere alle strutture nelle quali viene svolta, sia a fini formativi che di collaborazione nell'esecuzione degli interventi.

## 6. DOCUMENTAZIONE

La documentazione clinica per la chirurgia programmata svolta in regime di ricovero è quella già presente nelle organizzazioni ospedaliere (cartella clinica, registro operatorio, lettera di dimissione, consenso informato, ecc.).

In analogia con quanto avviene per l'attività svolta in regime di ricovero, anche per la **chirurgia ambulatoriale complessa** deve essere prodotta una relazione clinica per il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta contenente i nominativi degli operatori, la tipologia di intervento/procedura con ora di inizio e fine, le eventuali tecniche sedative adottate, i consigli terapeutici proposti e le informazioni per la gestione delle possibili complicanze.

Inoltre, deve essere assicurata la compilazione e la conservazione di una scheda clinica per ciascun paziente contenente una breve anamnesi, l'esame obiettivo, l'esito di eventuali esami strumentali, la motivazione dell'indicazione all'intervento, i valori dei parametri (ASA, grading chirurgico, complessità assistenziale, situazione sociale, ecc.) che hanno portato alla scelta del setting assistenziale, possibili eventi significativi in corso di intervento (es. picchi ipertensivi, sanguinamenti, ecc.), le caratteristiche del decorso nell'immediato post-operatorio. Nel caso di complicanze avvenute a domicilio, quindi dopo la dimissione del paziente, la scheda clinica deve essere integrata con le informazioni da esse derivanti.

Infine, anche per la chirurgia ambulatoriale complessa deve essere compilato e conservato un registro operatorio con le stesse caratteristiche di quello utilizzato per l'attività svolta in regime di ricovero.

## 7. INDICATORI DI ATTIVITA' E VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES

Lo sviluppo e l'implementazione di un valido sistema di indicatori risulta di fondamentale importanza per un funzionamento ottimale e migliorativo del governo clinico e deve poter permettere tre diverse tipologie di confronto:

- Confronto vs. Interno: misurazione della performance sulla base di risultati pregressi (trend storici di risultato);
- Confronto vs. Esterno: misurazione delle performance in ottica comparativa con altre strutture ospedaliere o con "cluster" di strutture ospedaliere di riferimento;
- Confronto vs. Standard: misurazione della performance in ottica comparativa con "standard" di riferimento a livello Regionale/Nazionale/Internazionale.

Per i confronti vs. l'esterno e vs. standard vengono utilizzati anche gli indicatori LEA e quelli previsti dal programma nazionale esiti (PNE) e dal progetto Bersaglio.

I set di indicatori utili a valutare l'attività chirurgica programmata sono relativi:

- alla valutazione del paziente e alla relativa documentazione
- alla scelta del setting assistenziale
- alla performance
- agli esiti delle cure
- al personale medico

Relativamente ai programmi inerenti la sicurezza delle cure, l'attività di chirurgia programmata di qualunque setting assistenziale è valutata in base agli indicatori individuati dalla rete stessa e specifici per ogni linea progettuale..

Le valutazioni sono fatte su dati disponibili a sistema oppure su indagini campionarie già effettuate nell'ambito di altri programmi attivi (es. rischio clinico).

Per la valutazione del paziente e della relativa documentazione sono individuati i seguenti indicatori:

1. % di schede di valutazione pre-operatoria compilate per l'attribuzione del setting assistenziale sul totale dei pazienti operati in regime di day hospital e in chirurgia ambulatoriale
2. % di schede per la sedazione compilate nei diversi setting assistenziali sul totale dei pazienti trattati
3. % delle diverse tipologie di anestesia effettuate sul totale degli interventi nei diversi setting assistenziali
4. % di lettere di dimissione dal setting di chirurgia ambulatoriale complessa sul totale degli interventi effettuati in tale regime

Per la scelta del setting assistenziale sono individuati i seguenti indicatori:

1. % di pazienti trattati in un determinato setting assistenziale sul totale di pazienti trattati per una determinata patologia.
2. % di pazienti valutati per una chirurgia in day surgery o ambulatoriale complessa risultati idonei oppure non idonei e assegnati a setting assistenziali di maggiore complessità
3. % di pazienti attribuiti ad un setting assistenziali e cancellati per cambio setting

Per valutare la performance organizzativa sono individuati i seguenti indicatori:

1. % di discipline presenti nella struttura e accreditate nelle quali è stato individuato il medico responsabile al trasferimento delle attività chirurgiche verso setting assistenziali meno complessi

2. % di pazienti accettati e rinviati dal chirurgo o dall'anestesista sul totale di pazienti accettati, suddivisi per setting assistenziale
3. % di pazienti prenotati nei diversi setting assistenziali e non presentatisi (abbandoni)
4. Tempi d'attesa nei diversi setting assistenziali

Per valutare gli esiti delle cure si fa riferimento al programma nazionale esiti (PNE) e ai programmi della Rete Cure Sicure FVG, integrati con i seguenti indicatori:

1. % re-interventi per complicanze
2. % trasferiti in degenza ordinaria

Per il personale medico sono individuati i seguenti indicatori:

1. Numero interventi di chirurgia programmata totale per chirurgo
2. Numero interventi per tipologia per chirurgo e, ove presente la possibilità di più setting assistenziali, suddivisi in % per setting assistenziale
3. Numero totale di anestesie per anestesista, suddiviso in % in base alla tipologia

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE