



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 268 LEGISLATURA N. X

delibera  
952

DE/PR/ARS Oggetto: Indicazioni operative per la scelta del setting  
0 NC assistenziale appropriato e modalità organizzative per  
Prot. Segr. l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle  
1065 prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del  
DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015. Revoca DGR n.  
1709/2003 e DGR n. 1793/2012

Lunedì 5 agosto 2019, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI Presidente
- ANNA CASINI Vicepresidente
- LORETTA BRAVI Assessore
- FABRIZIO CESETTI Assessore
- MORENO PIERONI Assessore
- ANGELO SCIAPICHETTI Assessore

E' assente:

- MANUELA BORA Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Deborah Giraldi.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015. Revoca DGR n. 1709/2003 e DGR n. 1793/2012**

## LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca", dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca" e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

## DELIBERA

1. Di approvare le "Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015" di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. Di revocare la DGR n. 1709/2003 e la DGR n. 1793/2012;
3. Di stabilire che quanto previsto dal presente atto abbia applicazione a decorrere dal 01/09/2019.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Cerisciofi



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

**Normativa di riferimento**

- Decreto Ministero della Sanità del 22/7/96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" e ss.mm.ii;
- Legge Regionale n. 20 del 16/3/2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e s.m.i.;
- DGR n. 1579 del 10/7/2001 "LR 20/2000 art. 6 determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie - modifica della DGR 2200/2000";
- DGR n. 605 del 27/03/2002 "Sviluppo ed organizzazione delle attività di Day Surgery nella Regione Marche (sperimentazione elenco attività ambulatoriali e di day surgery)";
- DGR n. 875 del 24/07/2006 "Organizzazione delle Unità Autonome Dedicato di Day Surgery extraospedaliero nella regione Marche";
- DGR n.100 del 12/02/2007 "Requisiti minimi autorizzativi previsti per l'autorizzazione alla realizzazione delle Unità Autonome Dedicato alla Day Surgery extraospedaliero nella Regione Marche";
- Decreto Legge n. 112 del 25/06/2008, convertito in Legge n. 133 del 06/08/2008, "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"
- DGR n.1705 del 30/07/2008 "Recepimento della codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa" e s.m.i.;
- DGR n. 858 del 25/05/2009 "Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale";
- DGR n.1075 del 29/06/2009 "Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale. Previsione di regolamento per l'applicazione nelle case di cura multi specialistiche della Regione Marche.";
- DGR n. 1512 del 28/09/2009 "Organizzazione delle Unità Autonome Dedicato di Day Surgery extraospedaliero nella Regione Marche -Modifica";
- Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Nuovo Patto per la salute" per gli anni 2010-2012;
- DGR n. 61 del 18/01/2010 "Trasferimento del livello erogativo della prestazione oculistica di Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale";
- DGR n. 1153 del 19/07/2010 "Aggiornamento ed inserimento nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DM del 22 luglio 1996 e successive integrazioni regionali";
- DGR n. 1370 del 17/10/2011 "Allegato B al Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" - Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità dei DRG chirurgici e dei DRG medici";
- DGR n.1515 del 14/11/2011 "Allegato A del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 "Prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di Day Surgery trasferibili in regime ambulatoriale" Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario ed a ciclo diurno delle prestazioni e delle relative tariffe ambulatoriali";
- DGR n.61 del 23/01/2012 "DD.GG.RR. n. 1370/2011 e n. 1515/2011 concernenti le prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di Day Surgery trasferibili in regime ambulatoriale. Applicazione alle case di cura multi specialistiche della Regione Marche. Determinazioni";



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DGR n.528 del 16/04/12 "*Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 -2014, Approvazione.*";
- Decreto Legge n. 95 del 6/7/2012, convertito in Legge n. 135 del 7/8/2012, contenente: "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*";
- DGR n.919 del 17/06/2013 "*Sperimentazione gestionale di chirurgia extraospedaliera*";
- Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014, Rep. Atti N.82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014 –2016;
- DGR n.1218 del 27/10/2014 "*Recepimento dell'Intesa Stato Regioni. Repertorio Atti n.: 98/CSR del 05/08/2014 Appendice 2. "Definizione dei requisiti per la Chirurgia Ambulatoriale" della Regione Marche e aggiornamento procedure eseguibili*;
- DGR n. 46 del 02/02/2015 "*Definizione dei requisiti per la Chirurgia ambulatoriale Extraospedaliera*"
- D.M. n. 70 del 2/4/2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- DGR 541 del 15/07/2015: "*Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. Serie Generale n. 127 del 4-6-2015)*;
- DPCM del 12/01/2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- Decreto n. 9/RAO del 26/05/2017, "*Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Aggiornamento del Piano dei controlli prestazioni sanitarie*;
- DGR n.716 del 26/06/2017 "*Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30.12.1992, n.502". Recepimento e prime disposizioni attuative*;
- DGR 597 del 14/5/2018 "*Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale di Autorizzazione delle Strutture ospedaliere ed extraospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli stabilimenti termali e degli studi professionali di cui al comma 2 dell'art. 7 della L.R. 21/2016 (parte B)"*".

**Motivazione ed esito dell'istruttoria**

La Regione Marche ha individuato, quale obiettivo nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali, la razionalizzazione della rete ospedaliera, promuovendo il progressivo passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza nel *setting* ambulatoriale. L'introduzione di nuovi modelli organizzativi, alternativi al ricovero ospedaliero, ha contribuito a garantire elevati livelli qualitativi di assistenza, migliorando l'efficienza operativa degli ospedali.

La degenza a ciclo breve può rappresentare un enorme vantaggio in ambito sociale ed economico, poiché, abbreviando la permanenza in ospedale, si aumenta il comfort per il paziente, che conserva le proprie abitudini di vita, si riduce il rischio di complicanze durante la degenza con conseguente riduzione dei costi legati all'ospedalizzazione. Inoltre, l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri consente di liberare posti letto di degenza ordinaria, da riservare al trattamento acuto delle patologie più severe, e razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane. Occorre ricordare che, già nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-12, sono state identificate una serie di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di Day Surgery, trasferibili in regime ambulatoriale. Successivamente, nel Patto per la Salute 2014-2016, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema, si confermava che "*le Regioni e le Province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni, già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno, ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale.*"

La Regione Marche con DGR n. 1709/2003 ha regolamentato l'attività del Day Hospital (DH) medico (terapeutico e diagnostico), con l'intento di definire i percorsi assistenziali e potenziare l'attività di ricovero in regime diurno. La DGR n. 1370/2011 ha disposto il trasferimento, in regime diurno, delle prestazioni potenzialmente inappropriate, se erogate in regime ordinario, avviando il processo di de-ospedalizzazione. Con DGR n. 1515/2011 e DGR n. 61/2012



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sono state individuate le prestazioni inappropriate, se erogate in regime di Day Surgery (DS), da trasferire al setting ambulatoriale. L'innovazione tecnologica e scientifica, e la continua ricerca di maggiore efficienza nell'impiego delle risorse, finalizzata a garantire l'applicazione di buone pratiche e il raggiungimento di esiti chirurgici di qualità, sono alla base di un processo di diversificazione delle modalità di erogazione dell'offerta chirurgica. Tuttavia, per garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la gestione uniforme di tali tipologie di ricovero, si è reso necessario l'avvio di un processo di riorganizzazione ospedaliera.

Secondo quanto stabilito nel D.M. 70/2015, in cui si legge che... "la riduzione del fabbisogno di posti letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti", il potenziamento della Chirurgia ambulatoriale può rappresentare una delle strategie per il raggiungimento di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nell'assistenza al paziente chirurgico, garantendo la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse, mediante l'implementazione di "setting" assistenziali alternativi al ricovero. Ciò consentirebbe di soddisfare maggiormente i bisogni di salute, in condizioni di efficacia e sicurezza.

Il DPCM LEA 2017 invita le Regioni ad adottare adeguate misure per incentivare il passaggio dei ricoveri potenzialmente inappropriati nel regime ordinario al regime diurno (Allegato 6A) e il trasferimento delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, se erogate in regime diurno, al setting ambulatoriale (Allegato 6B).

Con DGR n. 597/2018, la Regione Marche ha approvato, ai sensi dell'art. 3 comma 1 lettera b) della LR n. 21/2016, i requisiti generali per l'autorizzazione delle strutture che erogano ambulatorialmente tali prestazioni chirurgiche. Anche il Nuovo Piano Socio Sanitario 2019-2021 risulta coerente con quanto previsto dal livello nazionale e riporta: *"Le strutture sanitarie, in qualità di erogatori di prestazioni a tutela della salute del cittadino, devono necessariamente garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona. In ogni sistema sanitario regionale diventa pertanto strategico promuovere l'appropriatezza delle cure, nell'ottica di un uso sempre più razionale delle risorse pubbliche, sviluppando forme alternative al ricovero ospedaliero"*.

A seguito dell'evoluzione normativa nazionale, e di quanto sopra riportato, è risultato indispensabile effettuare un aggiornamento delle modalità organizzative per l'erogazione di tali prestazioni nel regime di ricovero diurno e nel setting ambulatoriale chirurgico. Pertanto, con nota prot. n. 3486 del 03/04/2019, la Regione Marche ha chiesto agli Enti del SSR di indicare un referente per la composizione di un gruppo di lavoro con il compito di rivedere le modalità organizzative e i criteri di ammissione ai ricoveri in regime diurno e nel setting ambulatoriale chirurgico, alla luce dell'evoluzione normativa nazionale. Con note prot. n. 3924 del 12/04/2019, n. 3912 del 12/04/2019, n. 4023 del 15/04/2019 e n. 4553 del 03/05/2019, sono stati individuati i professionisti esperti in tale materia. Il suddetto gruppo di lavoro, valutate le esperienze organizzative delle altre Regioni, ha redatto il documento riportato in Allegato 1, parte integrante del presente atto, condiviso nell'ambito della riunione del Coordinamento Enti del 30/7/2019, con l'intento di garantire maggiore appropriatezza nella scelta del setting di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali riportate negli Allegati 6A e 6B del DPCM LEA 2017.

Al fine di rendere più coerenti i parametri di appropriatezza per l'accesso al ricovero diurno, rispetto all'evoluzione normativa regionale e nazionale, è necessario procedere a revoca della DGR n.1709/2003 e revisionare integralmente le definizioni/tipologie, i criteri di accesso e le modalità organizzative del ricovero diurno, integrando anche il DH riabilitativo (sezione "A" -REGIME DIURNO dell'Allegato 1, parte integrante del presente atto).

La Regione Marche, al fine di incrementare l'appropriatezza dei setting di erogazione delle procedure chirurgiche oggetto di revisione da parte del Ministero della Salute, con DGR 1793/2012, ha dato indicazioni in merito all'attività di chirurgia ambulatoriale. In ottemperanza a quanto stabilito da successivi aggiornamenti normativi (DM 70/2015, DPCM LEA 2017, DGR n. 597/2018), è necessario procedere alla revoca della suindicata DGR e ridefinire gli standard organizzativi e qualitativi di erogazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, prevedendo specifici strumenti di monitoraggio delle attività e di verifica dell'appropriatezza, non presenti nella precedente deliberazione, da attuare nell'ambito delle attività di controllo del CVPS (sezione "B" -SETTING AMBULATORIALE CHIRURGICO dell'Allegato 1, parte integrante del presente atto), fermo restando quanto già stabilito in termini di soglie di erogabilità, e relativo abbattimento tariffario, già presenti nella normativa regionale vigente.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il documento, riportato nell'Allegato 1, articolato in due sezioni per una maggiore chiarezza e fruibilità dei contenuti, fornisce le indicazioni operative per la scelta del *setting* assistenziale più appropriato, a supporto della decisione finale del clinico, unico responsabile della presa in carico del paziente e del suo percorso di cura. Pertanto, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, secondo le modalità operative declinate nel presente atto, consentiranno una più efficiente allocazione delle risorse economiche e il potenziamento dell'offerta assistenziale nell'ambito dei LEA.

Le disposizioni di cui al presente atto trovano applicazione a partire dal 01/09/2019.

Per tutto quanto precede si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

*Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.*

**Il Responsabile del Procedimento**

Patrizia Santojemma

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA-URGENZA E RICERCA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento, non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della deliberazione della Giunta n. 64/2014. Attesta, infine, che dalla presente deliberazione non deriva impegno di spesa a carico della Regione Marche.

**Il Dirigente**  
Giovanni Lagalla

**PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della deliberazione della Giunta n. 64/2014.

**Il Direttore**  
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n. 19 pagine, di cui n. 13 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**Il Segretario della Giunta**  
Deborah Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**INDICAZIONI OPERATIVE PER LA SCELTA DEL SETTING ASSISTENZIALE  
APPROPRIATO E MODALITÀ ORGANIZZATIVE PER L'EROGAZIONE DEI  
RICOVERI IN REGIME DIURNO E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI  
CHIRURGICHE.**

**A) REGIME DIURNO**

<b>DEFINIZIONI</b> .....	1
<b>TIPOLOGIE DI DAY HOSPITAL(DH) E CRITERI DI AMMISSIONE</b> .....	1
DH MEDICO .....	1
DH CHIRURGICO/DAY SURGERY (DS) .....	2
DH RIABILITATIVO.....	3
<b>GESTIONE PAZIENTI AFFERENTI AL DAY HOSPITAL/DAY SURGERY</b> .....	4
ACCETTAZIONE DEI PAZIENTI .....	4
CONSENSO INFORMATO .....	4
DIMISSIONE DEI PAZIENTI.....	4
DOCUMENTAZIONE CLINICA .....	4
RAPPORTI CON GLI ALTRI SERVIZI DELL'OSPEDALE .....	5
RAPPORTI CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.....	5
INDICATORI DI ATTIVITÀ .....	5
ASSEGNAZIONE CLASSE DI PRIORITÀ .....	5
GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE.....	5
REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI.....	5

**B) SETTING AMBULATORIALE CHIRURGICO**

<b>DEFINIZIONI</b> .....	10
<b>REQUISITI QUALITATIVI E DI SICUREZZA</b> .....	10
<b>GESTIONE PAZIENTI AFFERENTI ALL'AMBULATORIO CHIRURGICO</b> .....	10
CONSENSO INFORMATO .....	10
DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....	10
SELEZIONE DEI PAZIENTI .....	11
INVIO A DOMICILIO.....	11
LA RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO.....	11



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**A) REGIME DIURNO****DEFINIZIONI**

Per ricovero programmato si intende un ricovero che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere procrastinato a un momento successivo a quello in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del medico di riferimento.

Assistenza ospedaliera diurna (DPR 20.10.1992): tipologia di ricovero prevista per l'erogazione di prestazioni a carattere diagnostico, terapeutico (medico o chirurgico) e riabilitativo, multiprofessionali e plurispecialistiche, per le quali non è necessario il ricovero ordinario e che, per loro natura o complessità di esecuzione, richiedano un regime di assistenza medica e infermieristica continuativa, non attuabile ambulatorialmente. Tale modalità assistenziale può essere caratterizzata da ricoveri singoli, o cicli di episodi di ricovero, in forma esclusivamente programmata, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, cioè senza necessità di pernottamento del paziente in ospedale. Risponde a quattro esigenze fondamentali:

- attivazione di un modello assistenziale ugualmente efficace rispetto al ricovero ordinario, garantendo continuità assistenziale e, al contempo, riduzione delle complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata;
- umanizzazione dell'assistenza, fornendo al paziente trattamenti appropriati ed evitando il ricovero notturno, nei casi in cui esso non sia strettamente richiesto dalle condizioni cliniche. In questo modo si interferisce in maniera modesta con le abitudini di vita, consentendo una rapida ripresa delle attività abituali;
- razionalizzazione dell'assistenza, permettendo all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e migliorare l'efficienza, riducendo il numero di ricoveri ordinari non appropriati e rendendo disponibili i posti letto per il ricovero di pazienti con patologie acute, nel rispetto del tasso di posti letto ospedalieri definito a livello nazionale;
- facilitazione del percorso assistenziale del paziente, utilizzando spazi che non interferiscono con i percorsi degli altri pazienti acuti.

Il Day Hospital deve avere le seguenti caratteristiche:

- ricoveri o cicli di ricoveri in forma programmata, ciascuno della durata massima non superiore alle 12 ore;
- erogazione di prestazioni multiprofessionali e/o polispecialistiche contemporanee o sequenziali;
- necessità di assistenza medica e infermieristica protratta nell'arco della giornata.

Al paziente vanno garantite, altresì, durante il ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero.

Il Day Hospital non deve essere confuso con il Day Service, che rappresenta invece un modello organizzativo ambulatoriale attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente, da parte della struttura specialistica, per la gestione di specifiche situazioni cliniche che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali.

**TIPOLOGIE DI DAY HOSPITAL (DH) E CRITERI DI AMMISSIONE:**

Si riconoscono 3 tipologie fondamentali di Day Hospital in base all'indirizzo:

- Medico
- Chirurgico/Day Surgery
- Riabilitativo.

**DH MEDICO**

Nell'ambito delle attività di DH medico, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico-terapeutico, attraverso l'esecuzione di accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico-infermieristica prolungata, non eseguibili ambulatorialmente.

Il DH medico può essere:

**1 - diagnostico**

Interessa particolari tipologie di pazienti complessi, fragili o clinicamente instabili, per i quali è necessario prevedere un'assistenza specifica e continuativa da parte di professionisti sanitari, e che necessitano di indagini diagnostiche polispecialistiche. Il ricorso al ricovero diurno diagnostico non deve rappresentare uno strumento per erogare prestazioni ambulatoriali in regime di ricovero.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per la definizione di appropriatezza è necessario siano soddisfatti i seguenti criteri:

- necessità di eseguire esami multispecialistici e di particolare complessità, richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si renda necessaria un'osservazione sanitaria, in ambiente ospedaliero, protratta per almeno 2 ore;
- corrispondenza a protocolli già definiti e formalizzati a livello della struttura di erogazione/regione (lista dei DH diagnostici appropriati)

Si ribadisce che, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale, il DH diagnostico deve avere carattere di assoluta eccezionalità, previsto solo in specifici casi in cui non sia possibile gestire tali prestazioni in un setting ambulatoriale.

**2 - terapeutico**

Interessa pazienti complessi, fragili o clinicamente instabili, sottoposti a trattamenti che richiedono un monitoraggio clinico/strumentale per diverse ore, comunque non superiore alle 12 ore, senza necessità di pernottamento.

Per la definizione di appropriatezza è necessario siano soddisfatti i seguenti criteri:

- a) necessità di somministrazione di chemioterapia che richiede particolare monitoraggio clinico (esami ematochimici o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive, o prestazioni/osservazioni infermieristiche più volte nella giornata - almeno tre) o terapia di supporto associata;
- b) necessità di somministrazione di terapia per via endovenosa di durata superiore a un'ora, ovvero necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale, dopo la somministrazione, di durata prolungata oltre le 2 ore per i possibili effetti collaterali locali o generali, che abbiano una potenziale azione lesiva immediata a carico di organi/apparati;
- c) necessità di eseguire procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente (es. osservazione prolungata oltre le 2 ore per i possibili effetti collaterali) o richiedono l'utilizzo di locali specificamente attrezzati.

I suddetti ricoveri, se prevedono più accessi programmati, sono definiti come "ciclici". Secondo le specifiche funzionali SDO, i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio debbono essere convenzionalmente chiusi entro il 31 Dicembre dello stesso anno, riportando in SDO il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'Istituto di cura. Nel caso si continui con i trattamenti anche l'anno successivo, va aperta una nuova SDO.

Nello specifico dei DH Terapeutici Oncologici, si procede alla dimissione del paziente durante l'anno, ed alla conseguente "chiusura" del ciclo di DH, solo in caso di modifica della tipologia/regime di ricovero, e quindi della SDO, per esigenze cliniche diverse da quelle che hanno motivato il DH terapeutico ciclico.

**DH CHIRURGICO/DAY SURGERY (DS)**

Nell'ambito delle attività di DS, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce le prestazioni assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici e/o di particolari procedure invasive effettuate in anestesia locale, loco-regionale o generale che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni socio-familiari del paziente, non sono eseguibili in un setting ambulatoriale e necessitano, pertanto, per la garanzia di sicurezza della procedura, di osservazione post-operatoria nell'arco della giornata, comunque non superiore alle 12 ore e senza necessità di osservazione notturna.

Oltre all'intervento chirurgico/procedura invasiva, sono garantite, nell'ambito delle attività di ricovero diurno, le prestazioni propedeutiche e quelle successive e l'assistenza medico-infermieristica fino alla dimissione.

Si definiscono appropriati, secondo il DPCM LEA 2017, i ricoveri in DS per l'esecuzione di interventi/procedure che non possono essere eseguiti ambulatorialmente con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e minore impiego di risorse.

La selezione dei pazienti è fondamentale per garantire le condizioni di sicurezza necessarie e ridurre notevolmente il rischio di complicanze e di fallimento del trattamento.

La selezione dei pazienti per l'erogazione della prestazione in regime di DS deve quindi tenere conto:

**1. delle condizioni generali del paziente e dei fattori di rischio**

Tutti i pazienti con patologie che necessitano di trattamento chirurgico, da erogare appropriatamente in regime diurno, devono essere in buone condizioni generali e considerati idonei solo dopo attenta valutazione anestesiológica, di concerto con il chirurgo.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**2. dell'età del paziente**

L'età non è da considerarsi un limite assoluto, ma è da porsi in relazione allo stato clinico generale, alla capacità di comprendere e prestare valido consenso a ciò che viene proposto, alla patologia, ai progressi conseguiti con l'introduzione di nuovi farmaci anestesiológicos e di nuove tecniche chirurgiche ed anestesiológicas.

**3. dei fattori logistici e familiari**

E' preferibile che i pazienti trattati chirurgicamente in regime diurno siano domiciliati ad una distanza dalla struttura sanitaria di riferimento che consenta un intervento tempestivo in caso di insorgenza di complicanze. E' inoltre opportuno che i pazienti dispongano, nelle prime 24 ore successive all'intervento, di un familiare/persona di fiducia, opportunamente informata sul decorso post-operatorio, e di un riferimento telefonico della Struttura ove è stata erogata la prestazione o con il sistema di emergenza territoriale.

L'appropriatezza del setting va perseguita per tutte le prestazioni presenti nel DPCM LEA 2017, come riportato in G.U. del 18/03/2017. In particolare:

- proponendo il ricovero in regime di Day Surgery o il setting ambulatoriale per i DRG elencati in Allegato 6A, riportato in appendice;
- proponendo prioritariamente il setting ambulatoriale se la prestazione da erogare è presente nell'Allegato 6B riportato in appendice.

Rendono tuttavia giustificato il ricorso al Day Surgery la presenza di:

- particolari condizioni cliniche del paziente, specificamente documentate in cartella clinica, che non consentono l'erogazione della procedura in ambiente ambulatoriale;
- necessità di particolare assistenza anestesiológica, documentata in cartella clinica;
- necessità di osservazione prolungata dopo la prestazione chirurgica o invasiva (almeno 3 ore).

L'appropriatezza del ricorso al ricovero in regime diurno, per le prestazioni segnalate dal DPCM LEA 2017, sarà confermata dalla presenza, all'interno della documentazione sanitaria, della scheda "accesso *chirurgia ambulatoriale*" (riportata in appendice alla Sezione B dell'Allegato 1) firmata dal Medico, attestante la motivazione di scelta del setting assistenziale.

Gli Enti del SSR potranno individuare ulteriori prestazioni chirurgiche, non presenti nell'allegato 6B al DPCM LEA 2017, che non soddisfano i criteri di ammissione al DS e che pertanto potranno essere appropriatamente erogate in ambiente ambulatoriale, adottando come tariffe quelle previste nel Nomenclatore vigente.

**DH RIABILITATIVO**

È indicato per pazienti con disabilità severa, in correlazione con un episodio di ricovero in acuzie, che hanno necessità di ricevere trattamenti di riabilitazione intensiva, multiprofessionali e afferenti ad aree specialistiche diverse, distribuiti nell'arco della giornata.

Il Day Hospital Riabilitativo (DHR) risponde alle seguenti esigenze:

- umanizzare l'assistenza, riducendo o evitando il ricorso al ricovero a ciclo continuo;
- assicurare continuità del percorso assistenziale del paziente;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- prevenire l'istituzionalizzazione dei soggetti a rischio, accelerando e facilitando la restituzione del paziente al contesto socio-familiare;
- svolgere un ruolo di filtro, in particolare, in caso di riacutizzazione o aggravamento di una patologia invalidante;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'uso delle protesi, ortesi e ausili, mediante lo svolgimento di specifiche sedute di valutazione e addestramento.

Questo tipo di ricovero diurno può essere condotto solo dalla Unità/Struttura complessa di Recupero e rieducazione funzionale. Esso va riservato alle disabilità gravi e complesse, correlate clinicamente ad un ricovero in acuzie, modificabili per quanto riguarda gli esiti finali, che necessitano di trattamento riabilitativo non erogabile in regime ambulatoriale e inappropriato in regime di ospedalizzazione ordinaria, non sussistendo la necessità clinica ed assistenziale di sorveglianza medica e infermieristica h24.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per tutti i pazienti in regime di degenza diurna, in analogia con il ricovero in regime ordinario, i trattamenti sono eseguiti sulla scorta di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che tiene conto delle condizioni cliniche del paziente, del suo potenziale di recupero, dei bisogni e delle preferenze del paziente stesso e dei suoi familiari, nonché delle risorse disponibili.

Il trattamento riabilitativo può essere erogato in regime diurno laddove siano soddisfatti i seguenti criteri:

- presenza di menomazioni e/o disabilità severe, suscettibili di miglioramento funzionale;
- necessità di una presa in carico globale che garantisca al paziente l'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici plurispecialistici e delle terapie farmacologiche eventualmente necessarie, eseguite da almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione;
- erogazione di prestazioni complesse e coordinate con durata complessiva di almeno 180 minuti per accesso (comprensivo di valutazione dello specialista fisiatra).

Si precisa che il ricovero in regime di DHR deve essere correlato clinicamente al ricovero in acuzie e soggetto al rispetto delle soglie massime di durata della degenza, previste dalla normativa vigente, così come previsto per il ricovero in regime ordinario.

Nel caso in cui il paziente provenga da un precedente ricovero riabilitativo ordinario, sarà necessario disporre delle valutazioni eseguite, del PRI e della documentazione clinica che illustri l'andamento del percorso riabilitativo già effettuato e da completare.

Per i soggetti in età evolutiva, il ricovero in DHR è appropriato se:

- è indicato un intervento riabilitativo di elevata intensità, da somministrarsi con l'approccio multiprofessionale più adeguato, spesso anche plurispecialistico;
- il paziente è in condizioni generali tali da tollerare sia l'intervento riabilitativo sia i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio e non necessita di assistenza sanitaria continuativa nell'arco delle 24 ore;
- il programma riabilitativo prevede l'impiego di particolari tecnologie che non possono essere impiegate in ambiente ambulatoriale;
- un intervento precoce, intensivo e multidisciplinare può precisare la diagnosi, definire il percorso terapeutico e stabilire il grado di mobilità o plasticità del quadro clinico.

Tutte le patologie dell'età evolutiva, che richiedono valutazioni funzionali e riabilitative, ma non soddisfano i criteri previsti per l'appropriatezza del ricovero in regime diurno, verranno gestite e trattate in altri setting che garantiscono competenze multidisciplinari specifiche per l'età evolutiva.

## GESTIONE PAZIENTI AFFERENTI AL DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

### ACCETTAZIONE DEI PAZIENTI

L'accettazione dei pazienti viene disposta da un medico dell'Unità Operativa cui appartiene il DH/DS.

### CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato consiste in una informazione esauriente, da parte del medico, al paziente sulle sue condizioni di salute e sulla terapia che dovrà essere approntata. La modulistica utilizzata e le modalità operative di acquisizione del consenso informato seguono le procedure aziendali, in conformità alla normativa vigente di riferimento.

### DIMISSIONE DEI PAZIENTI

Al termine del ricovero, o del singolo accesso nel caso di DH ciclico, la dimissione viene effettuata secondo le medesime modalità previste per i ricoveri ordinari. In particolare, deve essere predisposta la lettera di dimissione da inviare al medico curante, garantendo la continuità assistenziale. In caso di trasferimento dal DH/DS alla degenza ordinaria (e viceversa), il paziente deve essere dimesso, chiusa la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) del ricovero in atto e aperta una nuova cartella clinica/SDO.

### DOCUMENTAZIONE CLINICA

Per ciascun ricovero di DH/DS deve essere assegnato un numero nosologico di ricovero e deve essere compilata una cartella clinica; tale documentazione è soggetta alle medesime norme e regolamenti previsti per i ricoveri ordinari.

Il Day Hospital terapeutico ciclico corrisponde ad un solo ricovero ed ha una sola SDO; qualora il ciclo di cura non si concluda entro l'anno solare in cui è cominciato, e necessari di prosecuzione nell'anno successivo, entro 31.12 dell'anno corrente si procede a chiusura formale della SDO, con riapertura di una nuova SDO l'anno successivo.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Si ribadisce che per i DH Terapeutici Oncologici, si procede alla dimissione del paziente durante l'anno, ed alla conseguente "chiusura" del ciclo di DH, solo in caso di modifica della tipologia/regime di ricovero, e quindi della SDO, per esigenze cliniche diverse da quelle che hanno motivato il DH terapeutico ciclico.

**RAPPORTI CON GLI ALTRI SERVIZI DELL'OSPEDALE**

La richiesta di prestazioni/consulenze, eventualmente necessarie per il trattamento del caso, vengono organizzate con le stesse modalità previste per il ricovero ordinario.

**RAPPORTI CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Elemento di qualità assistenziale è rappresentato da una efficace comunicazione tra il Medico di Medicina Generale, che ha in cura il paziente, e il Medico della struttura ospedaliera di ricovero, finalizzata a rendere disponibili informazioni complete e dettagliate sullo stato di salute del paziente e sugli aspetti anamnestici salienti, utili per una migliore gestione dei vari aspetti del processo di cura e per la garanzia di continuità assistenziale.

**INDICATORI DI ATTIVITÀ**

Le attività di ricovero in regime diurno sono sottoposte a monitoraggio periodico, sulla base dei seguenti indicatori:

- Utilizzo posti letto DH/DS (tasso di occupazione);
- Volumi di attività: numero di ricoveri suddivisi per tipologia (medico/chirurgico), per motivo di ricovero (diagnostico/chirurgico/terapeutico/riabilitativo), per giornate di presenza (in caso di DH ciclico);
- Numero ricoveri in DH di tipo medico diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico;
- Numero di prestazioni erogate in DS sul totale delle prestazioni potenzialmente inappropriate in DS e trasferibili in regime ambulatoriale.

Tali indicatori saranno lo strumento di valutazione nell'ambito delle attività di *governance* regionale (definizione obiettivi degli Enti del SSR, attività di controllo delle prestazioni sanitarie, etc.). In caso di significativi scostamenti dagli standard di efficienza e appropriatezza, verranno condivise, con gli Enti del SSR, misure organizzative finalizzate a garantire il rispetto di quanto disposto dalla normativa regionale vigente. Si precisa inoltre che restano validi i valori soglia, ed i relativi abbattimenti tariffari, dei ricoveri ordinari e dei ricoveri diurni chirurgici indicati nella normativa regionale vigente.

**ASSEGNAZIONE CLASSE DI PRIORITÀ**

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'assegnazione delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del Piano Nazionale PNGLA 2019-2021 e DGR 462/2019, di cui alla tabella sotto riportata:

CLASSE DI PRIORITA'	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Va inoltre obbligatoriamente indicata la data di prenotazione, che corrisponde al giorno di conferma, da parte dello specialista, della necessità di ricovero e che dovrà essere riportata nel campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

**GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE**

L'inserimento nella lista di prenotazione va effettuato tramite procedura informatizzata e deve essere vincolato a criteri di appropriatezza e priorità clinica. Devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e sui relativi tempi massimi d'attesa, oltre ad eventuali indicazioni organizzative (es. informazioni circa il pre-ricovero e post-ricovero). Il paziente può essere messo a conoscenza della sua posizione nella lista di prenotazione per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. In caso di modifica delle condizioni cliniche, oppure di richiesta del paziente di rinvio del ricovero per motivi personali, il medico proponente può apportare variazioni all'ordine di priorità, lasciandone traccia nel sistema informatizzato.

**REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI**

Per ciò che attiene i requisiti di autorizzazione/accreditamento si fa riferimento ai manuali vigenti.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Appendice

18-3-2017

Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 65

ALLEGATO 6A

**DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA**

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	5	C	Legatura e stripping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)
134	5	M	Iperensione (eccetto urgenze)
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160	6	C	Interventi per emia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
162	6	C	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
163	6	C	Interventi per emia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

18-3-2017

Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 65

229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	8	C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Afezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	8	M	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

18-3-2017

Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 65

384	14	M	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni ( <i>eccetto urgenze</i> )
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute ( <i>eccetto urgenze</i> )
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

18-3-2017

Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 65

ALLEGATO 6B

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
		Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio falcico)
H	13.72	IMPIANTO SECONCARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	77.58	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANEA E INTERFALANEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
HR	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
HR	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
HR	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## B) REGIME AMBULATORIALE CHIRURGICO

### DEFINIZIONI

#### Chirurgia ambulatoriale

La chirurgia ambulatoriale è la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, fino al II grado della scala di sedazione, su pazienti accuratamente selezionati. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale.

Il modello di chirurgia ambulatoriale è riconducibile a due tipologie di attività, in coerenza con quanto previsto dal DM 70/2015, caratterizzate da diversa complessità e da diversi standard di sicurezza:

#### - *Chirurgia ambulatoriale semplice*

La chirurgia "semplice" consente l'effettuazione di interventi che, per la loro modesta complessità, possono essere effettuati in regime ambulatoriale e non necessitano, in linea di massima, di esami di laboratorio o strumentali né dell'assistenza dell'anestesista. Le strutture che svolgono l'attività di "chirurgia ambulatoriale semplice" possono erogare esclusivamente le prestazioni contenute nel vigente Nomenclatore dell'Assistenza specialistica ambulatoriale non contrassegnate dalla lettera "H".

#### - *Chirurgia ambulatoriale complessa*

La chirurgia ambulatoriale complessa si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che non richiedono il ricovero ma che possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto o la presenza nella struttura dello specialista in anestesia.

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa risponde alle seguenti caratteristiche:

- è programmata;
- deve essere realizzata in condizioni tecniche che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio;
- può prevedere tecniche anestesologiche 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.

### REQUISITI QUALITATIVI E DI SICUREZZA

Tutte le strutture, anche ai fini della sicurezza dei pazienti, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti (Manuali di autorizzazione e di accreditamento) per poter erogare prestazioni di Chirurgia ambulatoriale, semplice e complessa. Laddove per eseguire la prestazione siano necessarie, per specifiche condizioni cliniche del paziente, tecniche/grado di anestesia/sedazione o altri requisiti, differenti da quelli identificati, la stessa prestazione dovrà essere effettuata nel livello assistenziale più adeguato.

### GESTIONE PAZIENTI AFFERENTI ALL'AMBULATORIO CHIRURGICO

#### CONSENSO INFORMATO

Il paziente deve essere correttamente ed esaurientemente informato del percorso assistenziale al quale viene sottoposto, in merito a:

- condizioni cliniche;
- tecnica dell'anestesia prescelta, rischi e complicanze ad essa connesse;
- tecnica chirurgica proposta, eventuali complicanze, rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e modalità di preparazione.

Una copia del consenso informato deve essere sottoscritta dal paziente e conservata all'interno della documentazione richiesta in ambito ambulatoriale. La modulistica utilizzata e le modalità operative di acquisizione del consenso informato seguono le procedure aziendali, in conformità alla normativa vigente di riferimento.

#### DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per ogni paziente sarà necessario compilare la documentazione sanitaria contenente quanto previsto nei Manuali di Autorizzazione e Accreditamento vigenti. In base alla tipologia di prestazioni erogate, verrà adottata la Scheda chirurgica ambulatoriale per le prestazioni di chirurgia a bassa complessità (chirurgia semplice) oppure la Cartella clinica ambulatoriale per le prestazioni di chirurgia ad alta complessità (chirurgia complessa).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SELEZIONE DEI PAZIENTI**

Per la selezione pre-operatoria del paziente il Medico specialista, al primo accesso ambulatoriale, valuterà i seguenti elementi per la scelta del setting assistenziale.

- *CONDIZIONI CLINICHE*

Nella scelta del livello organizzativo appropriato per l'effettuazione degli interventi, il medico deve tener conto della condizione clinica globale, che influenza il rischio operatorio e l'insorgenza di eventuali complicanze.

Per la selezione pre-operatoria, è indicato l'utilizzo della classificazione dell'American Society of Anesthesiologists (tabella ASA - Physical Status Classification System di seguito riportata) che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali.

Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale.

- *CONDIZIONI SOCIO-FAMILIARI*

Per la selezione dei pazienti da sottoporre a Chirurgia ambulatoriale sono da valutare anche le condizioni socio-familiari e la disponibilità di un familiare o caregiver (opportunamente individuato e istruito) che garantisca l'assistenza e l'accompagnamento del paziente nelle 24 ore dopo l'intervento. Inoltre, altro elemento di scelta può essere rappresentato dalla distanza del domicilio del paziente dalla struttura ospedaliera di riferimento, per una tempestiva gestione di eventuali complicanze emergenti.

Nel caso in cui, in seguito alla valutazione globale del paziente, il Medico specialista sceglierà di erogare la prestazione chirurgica (elencata nell'Allegato 6B del DPCM/2017) in regime di Day Surgery, dovrà compilare e firmare la "scheda accesso chirurgia ambulatoriale", riportata in appendice, specificandone le motivazioni. Tale scheda verrà utilizzata come strumento di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri di Day Surgery, nell'ambito delle attività di verifica svolte dal CVPS, a seguito dell'aggiornamento del piano dei controlli.

La valutazione completa ed esaustiva del paziente, condivisa tra chirurgo ed anestesista, garantisce la scelta più appropriata del setting di erogazione e delle procedure per una presa in carico efficace. Un attento monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente durante l'esecuzione della procedura, consentirà di programmare le attività di follow-up e ridurre al minimo il rischio di complicanze. Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato sulla base di criteri prestabiliti dagli standard indicati nelle linee guida scientifiche di riferimento, in particolare per ciò che riguarda il monitoraggio dei parametri vitali, sanguinamento, dolore o altra successiva complicanza. Il periodo di osservazione, con durata 30-120 minuti, prevede la rilevazione dei parametri ogni 5 minuti ed ha inizio, su indicazione del chirurgo e dell'anestesista, a seguito del recupero dei riflessi vitali, delle funzioni psico-fisiche e del controllo di un'eventuale sintomatologia dolorosa o di altre problematiche legate all'anestesia.

A seguito della verifica, ad opera del chirurgo/anestesista, dei parametri di dimissibilità, coerentemente con la più aggiornata letteratura scientifica/linee guida (es. Segni vitali stabili almeno un'ora prima di uscire, Assenza di depressione respiratoria, Essere in grado di bere, urinare e vestirsi da solo, Deambulare senza aiuto, Assenza di vomito, nausea, cefalea e dolore), il paziente può essere inviato, accompagnato, a domicilio.

**INVIO A DOMICILIO**

Al momento dell'invio al domicilio, al paziente dovrà essere fornita una nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire, la descrizione dei sintomi che potrebbero insorgere nelle ore successive, compatibili con un normale decorso post-operatorio, le relative prescrizioni terapeutiche e i riferimenti telefonici della struttura che ha eseguito la prestazione.

**LA RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

In coerenza con quanto previsto dai Manuali di Autorizzazione e Accreditamento vigenti, il medico è responsabile delle modalità organizzative e gestionali del percorso assistenziale, 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, monitorizza gli indicatori di performance e garantisce la continuità assistenziale, favorendo i collegamenti con i Servizi e i Medici di Medicina Generale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SCHEMA ACCESSO CHIRURGIA AMBULATORIALE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**LA PROCEDURA CHIRURGICA COMPRESA NELL'ELENCO ALLEGATO 6B DEL  
DPCM/2017 NON PUÒ ESSERE EROGATA IN REGIME AMBULATORIALE PER MOTIVI:**

**CLINICI (ASA>2)**

**SOCIO-FAMILIARI**

**DATA**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO**