

**La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi
quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le
prospettive di sviluppo**

Elio Guzzanti, Isabella Mastrobuono

Premessa

La day surgery è un modello assistenziale che permette di diversificare il flusso dei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi chirurgici e/o a procedure invasive e seminvasive diagnostiche e/o terapeutiche, consentendo, **nella maggioranza dei casi**, la dimissione nell'arco della giornata in cui tali trattamenti sono effettuati, od al più tardi, in un certo numero di casi, la mattina del giorno successivo. Secondo le linee guida pubblicate dal Royal College of Surgeons of England nel 1992, *“la day surgery costituisce l'approccio terapeutico ideale dal punto di vista delle cure, dell'efficacia, della soddisfazione dei pazienti per gran parte degli interventi; è superiore all'ospedalizzazione tradizionale e costituisce la scelta migliore per il 50% dei pazienti che devono sottoporsi ad intervento chirurgico”*¹.

Per definire le attività chirurgiche diurne, vengono utilizzati a livello internazionale, termini differenti, quali *ambulatory surgery, day-surgery, same day-surgery, one day-surgery, office-based ambulatory surgery, office-based surgery*, che comprendono, peraltro, sia gli interventi e le procedure invasive e seminvasive praticate dalle discipline chirurgiche, sia quelle effettuate presso altre specialità nelle quali tali metodiche sono divenute abituali, come ad esempio **l'oculistica, la cardiologia medica e chirurgica, l'otorinolaringoiatria, la radiologia, la ginecologia, la gastroenterologia, etc.**

Tale ricchezza terminologica ha determinato notevoli difficoltà interpretative alle quali la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), fondata nel 1995, cui

¹ “Guidelines for Day Case Surgery” del Royal College of Surgeons of England (1992).

aderiscono 22 Società nazionali che si occupano di day surgery, ha cercato di fornire **una risposta considerando il termine *ambulatory surgery* come sinonimo di *day-surgery* e *same day-surgery***, mentre il termine *office-based ambulatory surgery*, od *office-based surgery*, indica la possibilità di effettuare interventi chirurgici o procedure invasive e seminvasive negli ambulatori dei medici privati, o comunque non operanti in ambienti di tipo ospedaliero. Negli Stati Uniti, l'*office-based surgery* è tornata recentemente alla ribalta per motivi relativi alla sicurezza del paziente, che hanno spinto tre Stati dell'Unione (New Jersey, California e Florida) a produrre specifiche linee guida al riguardo.

Va precisato, inoltre, che in alcuni Paesi (Stati Uniti, Australia, Canada) le attività di day surgery non sono effettuate in regime di ricovero, bensì sono considerate nel settore "*outpatient*" (corrispondente al nostro settore ambulatoriale); in altri, invece, (Regno Unito, Italia, Francia, Spagna), esse sono comprese nel settore del ricovero, seppure limitato ad alcune ore del giorno. Tale diversa collocazione non è indifferente sia sotto l'aspetto organizzativo, sia per quanto riguarda la remunerazione, ma anche sotto l'aspetto statistico, come più oltre verrà rimarcato.

Bisogna precisare, infine, che il termine "*intervento chirurgico*" viene variamente interpretato nei diversi Paesi, essendovi comprese, in alcuni casi, molte procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive (negli Usa, ad esempio, al primo posto è riportato il cateterismo cardiaco); in altri, invece, le procedure sono escluse.

La riduzione del numero dei posti letto per acuti, che sta interessando gli ospedali di molti Paesi, incentiva l'individuazione di modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario, e sempre più si registra la tendenza a sviluppare le attività in regime diurno, siano esse ambulatoriali che di ricovero. Anche in Italia la day surgery è ormai una realtà, e sempre più essa si diffonde nei settori pubblico e privato; sono nate Società scientifiche, le iniziative congressuali si sono intensificate, così come le pubblicazioni scientifiche e gli articoli su quotidiani e riviste.

Le Regioni hanno introdotto la day surgery quale modello di appropriatezza

organizzativa e tutte hanno normato in merito, seppure con diversa interpretazione circa alcuni aspetti fondamentali come, ad esempio, il pernottamento, i modelli organizzativi, la tariffazione delle prestazioni. Si tratta di temi importanti sui quali ancora si dibatte e che hanno convinto gli scriventi circa l'opportunità di riproporre il percorso storico della day surgery nel nostro Paese, allo scopo di riaffermare alcuni principi e per contribuire a meglio orientare scelte e decisioni in questo campo dell'organizzazione dei servizi.

Di seguito si riportano l'evoluzione della day surgery e della chirurgia ambulatoriale in Italia, la normativa di riferimento nazionale ed i dati di diffusione di tali modelli organizzativi, con un commento finale orientato prevalentemente all'analisi delle tendenze evolutive.

I primi 15 anni della day surgery in Italia

L'attività scientifica e le proposte della organizzazione

Nel 1988, la Direzione scientifica dell'I.R.C.C.S. ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, propose al Ministero della Sanità una ricerca finalizzata dal titolo: «*Day surgery: identificazione di un modello funzionale, organizzativo e gestionale*», cui seguì, nel 1990, la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc al quale parteciparono medici con competenze clinico-organizzative e clinici di estrazione chirurgica ed anestesiologicala dell'ospedale.

La ricerca si articolò in uno studio in parte retrospettivo su 4161 cartelle cliniche, riferite ad altrettanti pazienti operati nei primi sei mesi del 1990, ed in parte prospettivo su 771 bambini. La prima fase era tesa a stabilire la percentuale di pazienti che si sarebbero potuti operare in regime di day surgery, la seconda, a valutare la percentuale di complicanze occorse entro 24-72 ore dall'intervento chirurgico.

A conclusione dell'indagine emerse che, complessivamente, su 4161 pazienti, circa il 50% era suscettibile di trattamento in day surgery, con significative differenze, però, tra

le diverse discipline specialistiche oggetto dell'indagine, mentre solo nel 2 % dei casi, in linea con i dati internazionali, si riscontrarono complicanze, peraltro di lieve entità, quali dolore, associato o meno a vomito, ed infezione della ferita.

Nel 1993, gli Autori della ricerca ne diffusero i risultati, con l'intento di accrescere, in Italia, la conoscenza di un settore della organizzazione sanitaria praticamente sconosciuto, a differenza dell'evoluzione da tempo raggiunta in altri Paesi, in particolare negli Stati Uniti ed in Inghilterra. Nella pubblicazione sulla rivista *Federazione Medica*², all'epoca organo di aggiornamento scientifico e professionale della FNOM con tiratura di oltre 300.000 copie, si propose la prima definizione di day surgery intesa come *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive su pazienti che vengono poi dimessi nella stessa giornata di ammissione”* e vennero individuate le modalità di attuazione più idonee per la realtà italiana dell'epoca. In un successivo articolo pubblicato sulla *Rassegna italiana di chirurgia pediatrica*³, la definizione venne integrata, anche alla luce delle tendenze internazionali, soprattutto australiane, con il *pernottamento*, sia per consentire l'estensione del trattamento a patologie più complesse e gravate da più frequenti complicanze (come nel caso delle adenotonsillectomie in età pediatrica), sia per garantire l'opportunità a pazienti con residenza lontana di avvalersi di tale modello assistenziale.⁴

Il tema delle alternative al ricovero ospedaliero venne poi trattato in una monografia⁵ con esposizione delle principali esperienze effettuate all'estero e di alcune proposte operative per l'implementazione della day surgery in Italia. In particolare, si affermò che la day surgery consentiva di:

² Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. *“Day surgery: concetti e possibilità di attuazione”*. Federazione medica. 1 gennaio 1993: 7-13.

³ Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC, Guzzanti E. *Nuovi modelli organizzativi per la chirurgia pediatrica: la day surgery*. *Rassegna italiana di chirurgia pediatrica*. 1993; 35(1): 47-53.

⁴ *“La day surgery è la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, locoregionale o generale”*.

⁵ Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo MC. *Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria. Il day hospital, la day surgery*. Editeam 1993

- 1) attuare un modello di assistenza chirurgica di pari efficacia rispetto a quello tradizionale, mediante una adeguata selezione dei pazienti ed una specifica organizzazione;
- 2) facilitare i pazienti e le loro famiglie, soprattutto da un punto di vista psicologico e sociale;
- 3) ridurre le liste di attesa;
- 4) erogare una assistenza migliore a pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative, tramite l'aumentata disponibilità di posti letto e personale non più utilizzati nell'assistenza ai casi con affezioni chirurgiche minori;
- 5) razionalizzare, ed in molti casi contenere, il costo dell'assistenza chirurgica.

Particolare attenzione venne dedicata alla definizione delle modalità di selezione delle patologie chirurgiche e dei pazienti, ed alla individuazione di differenti modelli organizzativi quali:

- *l'unità autonoma, con accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi indipendenti;*
- *la sala di degenza esclusivamente dedicata ai casi di day surgery;*
- *i posti letto all'interno della degenza ordinaria.*

Per i due ultimi modelli era previsto l'utilizzo delle sale operatorie secondo turni ed orari prestabiliti nell'ambito delle liste operatorie ordinarie.

Tale differenziazione di modelli organizzativi ben si adattava alle diversificata realtà ospedaliera del nostro Paese. Il primo modello appariva ideale per le grandi **Aziende** ospedaliere e per i Policlinici universitari con un volume di attività superiore a 12.000-15.000 interventi chirurgici annui. Il secondo ed il terzo erano modelli praticabili negli ospedali di dimensioni minori, in considerazione sia del fatto che la maggior parte delle attività riferibili alla *day surgery* erano praticate proprio negli ospedali periferici, sia del problema della accessibilità delle strutture rispetto ai residenti, fattore quest'ultimo molto importante nell'ambito della cosiddetta equità del SSN.

Sulla base delle esperienze citate, il 13 giugno 1993 si costituì il *Gruppo*

*nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno*⁶, con lo scopo di favorire la diffusione della *day surgery* nel Paese e di svilupparne il dibattito, soprattutto a livello legislativo.

Molti degli esponenti del Gruppo di lavoro avevano già collaborato alla stesura del documento della Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità,⁷ che aveva distinto concettualmente le attività tipiche della chirurgia ambulatoriale da quelle della chirurgia di giorno (*day surgery*), fissato le caratteristiche generali delle strutture nelle quali le stesse potevano essere effettuate, e soprattutto delineato il concetto che *“tali modelli assistenziali non debbono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale ed i pazienti, opportunamente selezionati, possono essere avviati a tali trattamenti preventivamente informati sul tipo di intervento e/o procedura ai quali sono sottoposti, sottoscrivendo il consenso informato”*.

Il documento, inoltre, riportava:

- l’emanazione di liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive effettuabili in chirurgia ambulatoriale e in *day surgery*, distinte per specialità, anche se con carattere indicativo ed esemplificativo;
- la descrizione di alcuni requisiti per l’esercizio di tali attività, anche da parte di strutture private autorizzate;
- la proposta di istituire un apposito registro nel quale fossero riportati i nominativi degli operatori, la procedura eseguita e le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate;
- la necessità di prevedere una relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al momento della dimissione nella quale fossero riportati, tra gli altri, i consigli terapeutici proposti.

Il documento non venne, però, approvato dal Consiglio per la sopravvenuta scadenza del triennio di nomina.

⁶ Presidente: Prof. E. Guzzanti. Membri: Professori S. Stipa, C. Manni, R. Palumbo, E. Ancona, L. Gioffrè, A. Peracchia, F. Crucitti, R. Vecchioni, B. Tesauro, Dott.ssa I. Mastrobuono.

⁷ Consiglio Superiore di Sanità, sezione III, 1991-1993: *“Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in qualsiasi ambulatorio, in ambulatori protetti oppure in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno/day surgery)”*.

Il *Gruppo di lavoro nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno* continuò ad operare nel settore, promuovendo iniziative a livello internazionale e nazionale, in collaborazione con l'*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)* ed il 16 marzo 1995, a Bruxelles, fondò, con le principali Società scientifiche di altri 10 Paesi, la *International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)*⁸, entrando a fare parte dell'*Executive Committee* con due rappresentanti. Nella stessa sede internazionale, i rappresentanti delle poche Unità autonome private di day surgery esistenti in Italia, decisero di fondare *l'Associazione italiana delle unità autonome private di day surgery (AIUSDAP)*, ufficializzata nell'aprile del 1994, che ha contribuito a diffondere in Italia i principi della day surgery.

Contestualmente, in Italia, la II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità tornò a trattare l'argomento con due successivi pareri, il primo dei quali, prodotto durante la seduta del 14 febbraio 1995,⁹ conteneva alcune importanti modifiche, che possono essere così sintetizzate:

- il titolo della relazione venne limitato alla sola chirurgia ambulatoriale, comprendendo con tale termine anche le attività di chirurgia di giorno/day surgery, che erano state, invece, distinte nella precedente relazione;
- la possibilità del pernottamento fu esclusa;
- le strutture autonome private operanti lontano da ospedali o case di cura vennero escluse dalla possibilità di effettuare la day surgery;
- le liste di interventi o procedure esemplificative non vennero riportate.

Tale parere venne sottoposto, nei primi mesi del 1995, all'attenzione del Ministro della Sanità pro-tempore, che richiese l'approfondimento di alcuni punti, con particolare riguardo alla necessità di tenere distinte le attività ambulatoriali propriamente dette da quelle in regime di chirurgia di giorno o day surgery. In data 14 giugno 1995, la II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, accogliendo tali richieste, aggiornò il

⁸ L'attuale Presidente della IAAS è il Dott. U. Baccaglini

⁹ Consiglio Superiore di Sanità, II sezione, parere del 14 febbraio 1995 dal titolo: "*Interventi di chirurgia in ambito*"

precedente parere, ricordando nella relazione illustrativa che *“La sezione III del precedente Consiglio superiore di sanità (1991-1993) ha già approfondito il problema della regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, e poi estensivamente, a livello ambulatoriale, e la relazione della Commissione presieduta dal Prof. Guzzanti, verrà qui in gran parte direttamente ripresa”*.¹⁰

I componenti del Consiglio tennero distinte le attività ambulatoriali da quelle di day surgery, recependo quanto era stato prodotto nel primo documento del Consiglio.

Rispetto alle caratteristiche delle strutture che potevano svolgere tali attività, venne rilevato che *“una struttura nella quale vengono eseguiti veri e propri atti operatori, alcuni anche in anestesia generale, deve essere necessariamente collegata con un ospedale o casa di cura, sia da un punto di vista funzionale che formale. La primaria importanza della sicurezza del malato fa scartare l'ipotesi che strutture totalmente staccate e, magari collocate a consistente distanza dai nosocomi pubblici e privati possano essere autorizzate a svolgere queste attività”*.

Per quanto riguarda il pernottamento, invece, si riportò che esso non era da ritenersi *“connaturale alle attività della chirurgia di giorno”*.

Inoltre, nel documento, vennero riportate raccomandazioni specifiche sulla scelta del personale cui affidare tale attività: *“sia il personale infermieristico sia quello medico dovrebbe possedere una sufficiente maturità ed anzianità professionale. Le attività del chirurgo e/o dell'anestesista più giovane, inoltre, dovrebbero essere sempre svolte sotto la costante e personale supervisione di colleghi di comprovata esperienza”*.

Infine, venne proposta la lista degli interventi chirurgici, distinti per specialità, anche se la Sezione del Consiglio Superiore di Sanità raccomandò di restringerne il significato ad un puro senso indicativo, analogamente a quanto già indicato nell'originario parere del Consiglio.

ambulatoriale”.

¹⁰ Consiglio Superiore di Sanità, II Sezione, parere del 14 giugno 1995 recante *“Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare ambulatorialmente o in regime di assistenza a ciclo diurno, in anestesia locale,*

Sulla base dell'attività scientifica ed istituzionale già disponibile, il tema della day surgery venne affrontato nel DPR 1 marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96 tra le sperimentazioni gestionali¹¹ e nelle Linee di guida n. 1/1995 pubblicate sulla G.U. del 29 giugno 1995¹².

In particolare in queste ultime, dopo avere ricordato che l'introduzione della remunerazione delle prestazioni assistenziali ospedaliere mediante tariffe predeterminate (secondo la metodologia dei DRG, già operativa da oltre 10 anni negli USA), comportava una profonda revisione della organizzazione e del funzionamento degli ospedali, si sottolineava che: *“anche a seguito dei lavori svolti da Commissioni del Consiglio superiore di sanità a partire dal 1993, è possibile adesso delineare le caratteristiche organizzative e funzionali della day surgery”*, per la quale veniva anche definito il modello tariffario¹³.

Per approfondire le complesse tematiche legate all'avvio della day surgery in Italia, ma, soprattutto, per chiarire i concetti legati all' *“eventuale pernottamento”*, alla elaborazione delle liste di patologie da effettuare sia in day surgery che in chirurgia ambulatoriale, ed alla possibilità di effettuare tali prestazioni in strutture poste anche lontano dagli ospedali, il Ministro pro-tempore richiese la collaborazione dell'ASSR, che, unitamente al *Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia*

loco-regionale o generale (chirurgia di giorno)

¹¹ **Piano sanitario nazionale 1994-96**, punto 4.D: *“nell'ambito della sperimentazione gestionale deve trovare spazio [...] l'introduzione di metodologie orientate ad una umanizzazione dell'atto medico e ad un razionale utilizzo delle risorse, anche attraverso il ricorso a... sperimentazioni mirate su aspetti specifici, quali ad esempio, gli interventi di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza, già largamente sperimentati e in altri Paesi per una pluralità di patologie chirurgiche. Le sedi sperimentali risultano particolarmente idonee, peraltro, anche ai fini della formazione degli operatori coinvolti sia negli aspetti medico-clinici sia in quelli economico-gestionali”*.

¹² **Linee guida 1/1995** *«Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri»*.

¹³ **Linee guida 1/1995**: *“le tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (Day Surgery) saranno definite sulla base di “pacchetti” predefiniti di trattamento che comprendono sia gli esami e le visite preoperatorie sia l'intervento chirurgico, sia gli interventi post-operatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi. Le relative tariffe saranno determinate nella misura indicativa media del 75% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario, specifica per DRG. Tali tariffe costituiranno la remunerazione a fronte dell'insieme delle prestazioni erogate nell'ambito dei pacchetti, anche se queste fossero erogate in accessi separati. Per l'insieme del “pacchetto” sarà compilata, come già previsto dal Decreto ministeriale del 26 luglio 1993, una unica scheda di dimissione ospedaliera. Evidentemente, la relativa tariffa sarà riconosciuta solo nel caso l'intervento chirurgico sia stato effettivamente erogato. Pertanto, in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente”*.

di giorno e con le principali Società scientifiche, presentò un documento di «*Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno*», successivamente pubblicato sulla Rivista per i servizi sanitari dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali¹⁴, che teneva conto dei pareri espressi dal Consiglio Superiore di Sanità e delle varie iniziative avviate, sia a livello internazionale che nazionale. Nella proposta, che per intero si riporta in Allegato al presente articolo, sono stati trattati in modo specifico i seguenti temi:

- la definizione di chirurgia ambulatoriale e di day surgery;
- i modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
- il pernottamento e la sorveglianza postoperatoria;
- i rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- le liste degli interventi e delle procedure.

Con il termine **chirurgia ambulatoriale** si intese “*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici o ambulatoriali ed ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia*”.

Con il termine **chirurgia di giorno/day surgery** si intese “*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale*”.

I modelli organizzativi comprendevano, per la chirurgia ambulatoriale, la possibilità di effettuare le prestazioni:

- in qualunque ambulatorio o studio medico in possesso dei requisiti richiesti;
- in ambulatori “protetti” e cioè operanti nell’ambito di strutture di ricovero (Ospedali e

¹⁴ Guzzanti E., ;Mastrobuono I., Ma strilli F., Mazzeo M.C., *Day surgery:evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione. Ricerca sui servizi sanitari IV trimestre 1997, Vol I, n.4*

case di cura private).

Per la day surgery in:

1. Ospedali all'interno di:
 - a. Posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria,
 - b. Unità di degenza dedicate,
 - c. Unità autonome;
1. Case di cura (a carattere generale o chirurgico), all'interno di:
 - a. Posti letto dedicati,
 - b. Unità di degenza dedicate;
1. Unità di degenza autonome

Vennero previste anche Unità autonome dedicate private, alle quali richiedere specifici requisiti per il funzionamento, tra i quali:

- garantire le prestazioni di emoteca secondo quanto indicato nel decreto 1° settembre 1995 sulla *“Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate dotate di frigoemoteche”*, relativamente al tipo di interventi chirurgici praticati,
- assicurare la reperibilità medica nelle 24 ore,
- formalizzare, da parte delle Unità autonome, un collegamento funzionale ed organizzativo con un Ospedale o casa di cura al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze e comunicare la lista degli interventi più frequentemente eseguiti nell'Unità autonoma.

Non si specificò la distanza delle unità autonome dagli ospedali o Case di cura di riferimento, ma nella sezione dedicata alla *“Selezione dei pazienti in relazione a fattori logistici e familiari”* si ribadì che *“Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del paziente non sia lontano dalla struttura dove è stato praticato l'intervento chirurgico per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità, e comunque il tempo di percorrenza dovrebbe essere, preferibilmente, compreso entro 1 ora di viaggio.”*

L'altro aspetto considerato nella proposta riguardò il pernottamento, in merito al quale si riportarono le seguenti considerazioni:

- *“ si sottolinea, innanzitutto, l'importanza dello stesso per quegli atti chirurgici, come ad esempio le adenotonsillectomie, gravati da più frequenti complicanze (sanguinamento) e per i quali è richiesto un periodo di sorveglianza postoperatoria superiore alle 2-3 ore; infatti, in molti Paesi europei, dove la chirurgia di giorno è particolarmente diffusa, tali interventi sono effettuati con un ricovero ospedaliero della durata complessiva di 24 ore;*
- *la possibilità di ricorrere al pernottamento appare, inoltre, fondamentale per quegli atti chirurgici che rispondono ai requisiti della minima invasività, condotti prevalentemente per via laparoscopica, toracoscopica ed endoscopica su pazienti accuratamente selezionati ai quali, ove non si renda necessario il ricovero tradizionale, è necessario garantire un periodo di osservazione postoperatorio adeguato;*
- *l'eventuale pernottamento consentirebbe di allargare il numero di interventi chirurgici effettuabili in tale regime assistenziale garantendo, quindi, il più sicuro trasferimento a tale modello assistenziale di una sempre maggiore quota di patologie;*
- *l'eventuale pernottamento consentirebbe, infine, di offrire l'opportunità di tale trattamento anche a pazienti il cui luogo di residenza è lontano dalla sede di ricovero, ove non esista la possibilità di alloggio nelle vicinanze della struttura stessa.”*

Nel mese di aprile del 1996, la «Proposta di regolamentazione», fu inviata al coordinamento delle Regioni e a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità, allo scopo di stimolare l'eventuale elaborazione di un Atto di intesa Stato-Regioni, in linea con quanto già avvenuto per l'emergenza-urgenza, con la emanazione delle Linee guida n. 1/1996 pubblicate sulla G.U. del 17 maggio 1996.

Sull'onda di tali iniziative, e per conferire sempre più forza al movimento che si stava diffondendo in Italia, venne fondata l'11 settembre 1996, la *Federazione Italiana di Day Surgery (FIDS)*, alla quale aderirono 26 tra Società scientifiche ed Associazioni interessate, che sostituì il *Gruppo nazionale multidisciplinare* a livello

internazionale nell'ambito della IAAS. Sul versante scientifico, negli stessi anni, si intensificarono le iniziative nazionali delle varie società scientifiche, aumentarono le pubblicazioni sulla day surgery, fiorirono dibattiti e Congressi e furono pubblicati su *Ambulatory Surgery* (Rivista dell'IAAS) numerosi articoli italiani. Sempre nel 1996, venne fondata in Italia, la *Società di chirurgia ambulatoriale e day surgery* (SICADS), presieduta dal Prof. Pietro Pietri, che entrò a fare parte della Federazione italiana e della IAAS¹⁵. In quell'anno, fu intensa l'attività della Federazione italiana di day surgery, che promosse numerose iniziative nazionali, culminate, nell'aprile del 1999, con il Congresso internazionale della IAAS di Venezia, al quale parteciparono oltre 2200 persone con 440 relatori da tutto il mondo¹⁶.

La Federazione, nata allo scopo di promuovere e diffondere la day surgery e la chirurgia ambulatoriale, non ha potuto sviluppare al meglio le sue potenzialità per una serie di impedimenti istituzionali ed organizzativi, al contrario della SICADS che nel corso degli anni ha promosso incontri, dibattiti, seminari e convegni sull'argomento, contribuendo molto all'affermazione dei principi clinici ma anche organizzativi della day surgery in Italia. Anche l'AIUSDAP ha partecipato attivamente, producendo, tra l'altro, un importante lavoro sulla qualità.¹⁷

La normativa nazionale di riferimento

Dopo i suggerimenti contenuti nel già ricordato Piano sanitario nazionale 1994-96, che indicava la *day surgery* tra le sperimentazioni gestionali da avviare, le prime indicazioni normative nazionali compaiono nel DPR del 14 gennaio 1997, nel quale la *day surgery* è definita secondo i principi ed i criteri del lavoro pubblicato su

¹⁵ La SICADS ha fondato il Board della qualità con G.Bettelli (coordinatrice), M.Agresti, G.P. Campanelli, L. Corbellini, A. Gubitosi, F.M. Fazio, M. Francucci, R. Lampugnani, S. Sandrucci che ha prodotto una monografia dal titolo: "*Le basi della qualità in day surgery*" ATHENA, Modena, 1999

¹⁶ Comitato locale del Congresso di Venezia: Prof. E. Ancona, Prof. R. Vecchioni, Dott. U. Baccaglini, Dott.ssa E. Baggio, Dott. C. Castoro.

¹⁷ A. Agnello, G. Celli, L. Gianaroli, D. Marzorati, R. Rocci "*Guida all'applicazione della norma ISO 9002 nella chirurgia di giorno*"

Federazione medica nel 1993¹⁸.

Il successivo Piano sanitario nazionale 1998-2000 stabiliva di avviare un “*Programma nazionale per l’elaborazione, la diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici*” con specifica priorità alla “*elaborazione di linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento agli interventi chirurgici elettivi per liberazione del tunnel carpale, legatura o asportazione di vene degli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia. Alta priorità dovrà essere riservata alle linee guida la cui applicazione è in grado di assicurare una diminuzione dei costi complessivi a carico del SSN*”.

Lo stesso Piano sanitario prevedeva tra i Documenti e provvedimenti del triennio 1998-2000, nel capitolo relativo ai percorsi diagnostici e terapeutici, la stesura di un documento relativo alla “*chirurgia elettiva erogabile in regime di ricovero diurno*”.

E’ importante sottolineare che proprio nel Piano venne per la prima volta accettata la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e day surgery, accogliendo l’originario concetto espresso dal Consiglio superiore di Sanità nel 1993, ripreso dalle Società scientifiche e riportato nel documento dell’ASSR del 1996.

Sul tema della chirurgia ambulatoriale, in particolare, il decreto legislativo N. 229 del 19 giugno del 1999, ha stabilito norme per il rilascio delle autorizzazioni ad ambulatori dove sono effettuate prestazioni di chirurgia ambulatoriale.¹⁹

Di entrambi i temi si è tornato a parlare nel 2000 in due documenti ministeriali, e cioè la

¹⁸ Nel DPR 14 gennaio 1997 «*Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*», la day surgery è intesa, infatti, come “*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno in anestesia locale, loco-regionale o generale*”

¹⁹ “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, N.419*”, articolo 8-ter comma 2, “*l’autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi*”. Articolo 8 comma 4: “*in sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento (il DPR del 14 gennaio 1997) si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi*”.

“Proposta per l’organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno”²⁰, elaborata da una Commissione di studio istituita presso il Centro studi del Ministero della sanità con decreto del Ministro della sanità del 12 settembre, e il documento dal titolo “Chirurgia ambulatoriale oculistica. Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi”²¹, elaborato da una Commissione ministeriale di studio istituita il 4 agosto dello stesso anno. Nei documenti si ribadiva la necessità di tenere distinte la chirurgia ambulatoriale e la day surgery. Si integrò la prima definizione con l’introduzione dell’anestesia topica, mentre per la seconda si riaffermava l’importanza del pernottamento. Quest’ultimo venne reintrodotta per le ragioni espresse già nel documento dell’ASSR del 1996, ed in riferimento a quanto riportato nel decreto 27 ottobre 2000, n. 388²² che consentiva di comprendere nell’arco delle 23 ore (e, quindi, con pernottamento), il trattamento dei pazienti chirurgici in regime diurno, come peraltro avviene negli Stati Uniti ed in altri Paesi per alcune patologie (colecistectomia per via laparoscopica ad esempio). Per quanto riguarda la chirurgia oculistica, si stabilirono i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, con particolare riferimento alla chirurgia refrattiva.

Nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, relativo alla “Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”²³, veniva presentata una lista di prestazioni non erogabili dal Servizio sanitario nazionale, tra le quali, per il settore chirurgico, la chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite e la circoncisione rituale, o erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, come la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri (pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali). Inoltre, si riportava la lista di DRG abitualmente trattati in regime di ricovero ordinario considerati

²⁰ **Componenti:** G.Celli (coordinatore), G.Campanelli, L. Corbellini, B. De Stefano, M. Francucci, I.Mastrobuono, M.Torre

²¹ **Componenti:** M. Zingirian (coordinatore), L. Buratto, I. Mastrobuono, M. Piovella, M. Zanini.

²² “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo dei dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati” che prevede, al punto 13 del disciplinare tecnico, che il ricovero diurno sia “limitato ad una sola parte della giornata e non ricopra quindi l’intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero”.

²³ Il Decreto è stato predisposto ai sensi dell’accordo dell’8 Agosto 2001 tra Governo, Regioni e Province autonome di

“*potenzialmente inappropriati*”, e che “*le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse*”.

L'Accordo Stato regioni del 22 novembre 2001, parte integrante del DPCM citato, riportava ai punti 4.2 e 4.3 altre importanti informazioni in merito ai DRG definiti ad alto rischio di inappropriatazza. L'Accordo sanciva che dovevano essere apportate, entro il 31 marzo 2002, modifiche al Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, assicurando inoltre l'inserimento, in detto nomenclatore, di prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali si riscontrava evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale. Infine, si prevedeva che le Regioni disciplinassero, entro il 30 giugno 2002, i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfavano il principio dell'appropriatazza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse. I DRG chirurgici “*potenzialmente inappropriati*” del Decreto in oggetto erano in gran parte compresi nelle liste di interventi e procedure elaborate dalle Società scientifiche nel 1996 e introdotti nel documento di proposta dell'ASSR. Tale definizione di inappropriatazza è stata, però, valutata in modo critico nell'ambito della *Commissione Nazionale per la definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza* (Guzzanti, 2004) **perché, in nome della centralità del cittadino nel SSN, non è sufficiente il limitarsi ad indicare inappropriate le prestazioni (DRG) senza tenere conto della specifica situazione clinica di ciascuna persona, nonché delle caratteristiche professionali ed organizzative delle singole strutture di erogazione.**

Sulla scorta del complesso delle attività scientifiche ed organizzative svolte nel precedente decennio e della normativa emanata, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato, il 1 agosto del 2002, il documento di linee guida per le attività di day surgery, definendo i

modelli organizzativi per lo svolgimento delle attività e prevedendo l'eventuale pernottamento. In particolare, il documento riprende la prima **definizione** di day surgery pubblicata su Federazione medica nel 1993, ribadendo che *“per coprire particolari necessità assistenziali dei ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle presenti linee guida, le Regioni possono avvalersi, secondo proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di 1 giorno o della day surgery seguita da pernottamento.”*

Sulla necessità di incrementare la day surgery e la chirurgia ambulatoriale, è intervenuta la legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Finanziaria per il 2003), nella quale, all'Articolo 52, lettera b) si riportano gli adempimenti regionali per accedere ai finanziamenti per il triennio 2003-2005, tra i quali *“l'adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 22 novembre 2001...”*

La legge 30 dicembre 2004, n. 311 (finanziaria per il 2005), all'articolo 1 comma 173 ha previsto che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato rispetto agli stanziamenti previsti nella stessa legge sia subordinato ad una serie di provvedimenti regionali, tra i quali il riequilibrio dell'offerta ospedaliera e la *“promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno”*.

L'Atto di Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, stabilisce di adottare entro il 30 settembre 2005 i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario, garantendo entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri in regime ordinario ed in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica.

La finanziaria per il 2006, infine, e cioè la legge 23 dicembre 2005, n. 266, prevede una *“rimodulazione delle prestazioni comprese nei LEA, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l’offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l’offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero”*, ponendo, di fatto, molte delle attività di cui si tratta fuori dal concetto di ricovero.

A livello **normativo nazionale**, dunque, si evidenzia la tendenza a favorire sempre le forme alternative al ricovero e quindi verso la chirurgia ambulatoriale.

A tale proposito, recentemente, il Consiglio superiore di sanità ha prodotto un documento sul quale si sta esprimendo un gruppo di lavoro tecnico della Conferenza Stato-regioni²⁴, che tratta di due tipologie di strutture:

1. gli ambulatori/strutture soggetti ad autorizzazione per l’attività chirurgica ambulatoriale;
2. i presidi autonomi extraospedalieri di day surgery.

Non sono presi in considerazione gli studi medici dei MMG o PLS od altri studi, né gli ambulatori posti all’interno degli ospedali, classificati come “protetti” nel documento del Consiglio Superiore di Sanità del 1993 e poi dell’A.S.S.R. del 1996 e delle due Commissioni ministeriali del 2000.

Il documento del Consiglio suddivide le strutture in ambulatori A1, A2 (odontoiatrici), B1, B2 e C (presidi autonomi di day surgery).

Dalla lettura del documento emerge che:

1. la classificazione delle strutture è stata condotta in *“rapporto al tipo di anestesia da praticare per eseguire gli interventi / procedure specificatamente denominati negli elenchi sistematici, riportati nella II parte del documento”* ;
2. i pazienti che possono essere trattati a livello ambulatoriale debbono appartenere alle classi ASA 1-2, mentre quelli che possono essere trattati nei presidi autonomi di day

²⁴ *“Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’esercizio delle attività di chirurgia ambulatoriale e di altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, di day surgery limitatamente ai presidi autonomi extraospedalieri di day surgery ed elenchi delle relative*

- surgery possono appartenere alla classe ASA 3, ma solo per interventi di superficie;
3. i presidi autonomi di day surgery debbono essere ubicati nel perimetro dell' ospedale o nel raggio di 1 chilometro. In tutti i casi la distanza dovrà essere compatibile con le tipologie di interventi praticati. I pazienti devono garantire di essere domiciliati per le prime 24 ore dall' intervento, in prossimità di una sede di Pronto Soccorso;
 4. la direzione degli ambulatori B1, B2, e dei presidi autonomi di day surgery C é a cura di un medico specialista in igiene, epidemiologia e sanità pubblica.

Il quadro normativo regionale di riferimento

Per quanto riguarda, infine, il quadro normativo regionale, relativo all'anno 2003, dalle analisi dell' ASSR,²⁵ si ricava che allo stato attuale tutte le Regioni, ad esclusione di una, hanno regolamentato le attività di day surgery. In particolare, si rileva che 14 regioni e le 2 Province Autonome di Trento e Bolzano hanno scelto di adottare linee guida sull'attività di day surgery, 3 Regioni hanno definito l'attività all'interno delle norme sull'autorizzazione e l'accreditamento, mentre 2 regioni hanno fornito solo limitate indicazioni in materia. Esistono **peraltro alcune** differenze in tema di pernottamento, che non è previsto in tutte le regioni, di tariffazione e di modelli organizzativi. La percentuale media di sviluppo della day surgery è del 33% **circa**, con regioni come l'Umbria, la Liguria ed il Veneto ad oltre il 40% e regioni ad appena il 20%, come Puglia, Molise e Sardegna. Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale solo alcune regioni hanno provveduto a normare il trasferimento di alcune prestazioni dal regime di ricovero diurno o ordinario a quello ambulatoriale (tunnel carpale, cataratta, varici degli arti inferiori).

In sintesi, come risulta da documentazioni ufficiali²⁶, negli ultimi sei anni i *day hospital medici* sono passati dal 21 al 28% e la *day surgery* si è più che raddoppiata

prestazioni".

²⁵ Fonte: 2° Supplemento al n. 15 di Monitor, Bimestrale dell' Agenzia per i servizi sanitari regionali, anno IV, numero 15, 2005.

²⁶ SDO Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2003, Ministero della salute.

passando dal 14,6 al 32,4%. Significativo è anche l'incremento evidenziato negli anni dalla *one day surgery* (day surgery seguita da pernottamento), ossia della percentuale dei casi di 1 giorno passata dall'8,6% del 1998 al 10,2 del 2003. Non deve trarre in inganno la relativa diminuzione della percentuale dei casi ordinari con DRG chirurgico superiore ad un giorno, passata dal 76,9% del 1998 al 57,5% del 2003, in quanto la percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi medici e chirurgici (11.981.212) è del 38,48%. Nel caso della chirurgia generale, che risulta al secondo posto in termini di dotazione di posti letto, preceduta solo dalla medicina generale, con 25.173 posti letto sui quali sono stati registrati 966.766 dimessi, tale alto valore potrebbe essere in messo in relazione al fatto che tra i primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni compaiono l'esofagite, la gastroenterite e la miscellanea dell'apparato digerente con ben 134.501 dimessi nel 2003. Come è noto tali patologie necessitano di procedure invasive e seminvasive che generano DRG medici e non chirurgici.

Le prospettive di sviluppo della day surgery

L'evoluzione della domanda e dell'offerta: caratteristiche generali

Così si conclude la vera storia dei primi quindici anni della day surgery in Italia, probabilmente poco o per nulla nota anche a una parte degli addetti ai lavori, almeno a giudicare dalla bibliografia che accompagna un certo numero di pubblicazioni sull'argomento apparse nel corso degli ultimi anni.

Ed è da questa storia che si parte per tracciare il probabile percorso che tale importante innovazione clinico-scientifica ed assistenziale avrà nel prossimo futuro **in Italia ma anche negli altri Paesi in relazione alla evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie disponibili, poste a confronto con le tendenze della domanda, a loro volta condizionate dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche**

rilevate nella popolazione e dalle iniziative che saranno adottate dai decisori politici.

Sin dall'inizio del 21esimo secolo, le discipline chirurgiche, e in generale tutte le specialità che da alcuni anni praticano interventi e/o procedure invasive e seminvasive a carattere diagnostico e/o terapeutico, hanno visto accentuarsi uno scenario le cui caratteristiche fondamentali sono le seguenti:

- le più avanzate tecnologie diagnostico-terapeutiche consentono di affrontare in modo innovativo vecchi e nuovi problemi: in particolare, si diffondono le nuove tecniche di chirurgia assistita dal calcolatore, quale risultato del convergere dei progressi dei materiali della robotica e della micromeccatronica ed emergono nuove terapie interventistiche, soprattutto **in oculistica, cardiologia medica e chirurgica, otorinolaringoiatria, radiologia, ginecologia, neurologia e neurochirurgia, gastroenterologia**, quale risultato dello sviluppo delle tecniche miniinvasive, della micromeccanica e dei materiali, fibre ottiche, stent medicati e non;
- il numero di interventi chirurgici, ma soprattutto di procedure invasive e seminvasive è destinato ad aumentare nel tempo, come dimostrano i dati internazionali e ciò avverrà sia nel settore di ricovero tradizionale che diurno, con la tendenza ad un sempre maggiore trasferimento di prestazioni dal primo al secondo. Non sempre, però, l'aumento delle attività in day surgery sarà caratterizzato da una corrispondente riduzione delle attività ordinarie, almeno per quanto riguarda le persone di 65 anni ed oltre, per le quali da almeno un decennio era ragionevole prevedere un aumento delle attività in entrambi i settori;²⁷
- gli ospedali dell'area OCSE hanno in gran parte adottato nuove forme di pagamento a tariffe predeterminate fondate sul modello dei DRG e varianti, la cui applicazione comporta riduzioni della degenza media e del numero di posti letto per acuti.

²⁷ Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C. Day surgery: banalisation and multiplication of surgical procedures, transfer or additional activity? *Ambulatory surgery* 1996; 4:95-7

La evoluzione della domanda e dell'offerta negli Stati Uniti d'America

Gli effetti di questi fattori sulle tendenze di sviluppo della day surgery sono ricavabili da lavori scientifici ed indagini condotte prevalentemente negli Stati Uniti, anche perché sono stati adottate per la prima volta (1983) le tariffe delle prestazioni ospedaliere fondate sulla metodologia DRG, il che ha accentuato il ricorso alle **prestazioni cosiddette “outpatient”, tra cui l'*ambulatory surgery*, perché remunerate con modalità diverse. Nel 1996, veniva pubblicata la prima indagine nazionale sulla *ambulatory surgery*²⁸, incentrata sulla raccolta di dati riferiti a tutti gli interventi chirurgici e le procedure interventistiche effettuati in regime “outpatient” all'interno di 466 ospedali e 489 Ambulatory surgical centers (ASC), e cioè strutture autonome di day surgery poste anche lontane dagli ospedali, in sale operatorie ordinarie, sale per le endoscopie digestive e sale di emodinamica, negli anni 1994, 1995, e 1996. Lo scopo è stato quello di analizzare lo scenario delle prestazioni considerate proprie dell'*ambulatory surgery* negli USA, al fine di favorire la raccolta di informazioni e dati utili al confronto tra gli Stati e le strutture, di facilitare i decisori nell'allocazione delle risorse e di promuovere la ricerca sui servizi sanitari in questo settore. Nel 1996, sono stati effettuati negli USA 71,9 milioni di interventi e procedure invasive, di cui 31,5 milioni, pari al 44%, in regime *outpatient*. Di questi ultimi, 26,4 milioni, e cioè l'84%, sono stati effettuati all'interno di ospedali e 5,1 milioni, il 16%, negli ASC. La percentuale media di interventi e procedure per mille abitanti è stata di circa 120 (range: 130 per le femmine e 108 per i maschi), con punte di 302-340 nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Tale fenomeno è stato messo in relazione alla maggiore frequenza in questa fascia di età dell'intervento di cataratta (2.4 milioni di casi nel 1996), seguito dalle colonscopie ed endoscopie (1.9 milioni). Le discipline che hanno registrato la maggiore percentuale di interventi e procedure in**

²⁸ *National Survey of Ambulatory Surgery*; US Department of Health and Human Services. Centers for Disease control and prevention. National Center for Health Statistics, 1996.

ambulatory surgery rispetto al ricovero ordinario sono state l'oculistica, l'otorinolaringoiatria, la gastroenterologia, la ginecologia, con una distribuzione variabile tra le diverse sedi di effettuazione. Ad esempio, gli interventi di cataratta sono stati più frequentemente effettuati negli ASC (40% versus il 12% degli ospedali) a differenza degli interventi sull'apparato digerente (23% degli ospedali versus il 14% degli ASC).

L'indagine ha dimostrato che nonostante il trasferimento massiccio di molte procedure ed interventi di alcune discipline al regime *outpatient*, gli interventi in regime ordinario non sono affatto diminuiti negli anni considerati, soprattutto nella fascia di pazienti di 65 anni ed oltre, come ha rimarcato una successiva pubblicazione del 1999²⁹. In quest'ultima, è stato riportato il numero di interventi chirurgici in regime ordinario degli anni 1980 e 1995, rimasto costante intorno ai 27 milioni, nonostante nel 1995 il numero di interventi e procedure invasive in *day surgery* fosse balzato da 3 milioni nel 1980 a 27 milioni nel 1995. In tutte le fasce di età si è assistito, per alcune procedure ed interventi, ad un effettivo trasferimento di procedure ed interventi dal regime ordinario al regime di *day surgery*, ma solo per alcuni si è assistito ad un effettiva diminuzione in regime di **ricovero ordinario** (adenotonsillectomie per la fascia di età fino a 15 anni, alcune procedure ginecologiche e urologiche), mentre per la gran parte il numero di prestazioni in regime di ricovero ordinario si è mantenuto costante o è addirittura aumentato, come per le procedure cardiovascolari (angioplastiche e cateterismi), e quelle in ostetricia e gastroenterologia, soprattutto nella fascia di età pari o superiore ai 65 anni.

In una pubblicazione ancora più recente³⁰ è stato delineato il prevedibile impatto dell'invecchiamento della popolazione nel campo degli interventi chirurgici e delle procedure assimilabili, soprattutto in alcuni settori. La premessa è che nel 2020, la popolazione americana sarà passata da 277.802.000 (anno 2001) a 324.928.000 unità, con un aumento del 17%, in parte rilevante attribuibile alle persone di 65 anni ed oltre,

²⁹ L.J. Kozak, E. McCarthy, R. Pokras. *Changing Patterns of Surgical Care in the United States, 1980-1995*. Health Care Financing Review/Fall 1999/ Volume 21, Number 1

³⁰ D.A. Etzioni, J.H. Liu, M.A. Maggard, C.Y. Ko: *The aging population and its impact on the surgery workforce*. Ann Surg

il cui numero crescerà del 13.3% nel 2010 e del 53.2% nel 2020, quale conseguenza dell'incremento dell'aspettativa di vita e del raggiungimento di tali fasce di età da parte dei cittadini che sono nati tra il **1946 ed il 1964** (*baby boomers*).

Sulla base dei dati dell'indagine nazionale sull'ambulatory surgery del 1996, gli Autori hanno selezionato alcune procedure ed interventi nelle discipline di chirurgia cardiovascolare e toracica, generale, neurochirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorinolaringoiatria e urologia, proiettando i dati al 2010 e 2020. Le conclusioni dello studio dimostrano che le procedure oculistiche aumenteranno nel 2020 del 47%, quelle cardiovascolari del 42%, quelle urologiche del 35%, quelle di chirurgia generale del 31% e del 28% quelle in ortopedia e neurochirurgia. Tali aumenti investiranno sostanzialmente la fascia di età dei soggetti di 65 anni ed oltre, sulla quale saranno effettuate l'88% delle procedure oculistiche, il 70% delle procedure cardiotoraciche, il 64% dell'urologia, il 59% di quelle della chirurgia generale, il 45% della neurochirurgia, il 51% dell'ortopedia e solo l'8% dell'otorinolaringoiatria.

Tali incrementi della domanda avranno un forte impatto sulla forza lavoro medica e non medica, tale da dovere prevedere un aumento del numero di alcune figure professionali (chirurghi in particolare) e dei progetti di formazione ed aggiornamento che consentano al personale di apprendere e perfezionare la propria esperienza in settori sempre più specializzati.

I più recenti dati USA riferiti al 2003 confermano le tendenze sopra riportate con un aumento delle procedure effettuate in regime diurno, pari a 42.176.000, di cui 24 milioni all'interno degli ospedali, 8 milioni negli ASC e oltre 9 milioni nei physician's office. **Per una valutazione complessiva e comparativa con altri Paesi è opportuno ricordare che nel 2004 la percentuale di persone con 65 anni ed oltre era pari al 12,45% negli USA rispetto al 19,5% dell'Italia.**

L'evoluzione della domanda e dell'offerta in Italia

In Italia, al 1 gennaio 2006, su una popolazione residente di 58.751.711 persone, 11.615.702 sono di 65 anni ed oltre (19,8%), di cui il 59% donne ed il 5% (3.029.138) hanno oltre 80 anni.

Nel 2003, i soggetti di 65 anni ed oltre hanno fatto registrare il 40,1% dei ricoveri per acuti in regime ordinario ed hanno consumato circa il 50% delle giornate di degenza, e nei ricoveri in regime diurno **hanno presentato valori percentuali elevati**, rispettivamente 104.5 tra 65 e 74 anni e 101.3 da 75 ed oltre, **rispetto al valore** di 71,1 tra 45 e 64 anni. Si tratta di **dati** analoghi a quelli negli USA, dove, nel 1999, gli anziani hanno rappresentato il 40% dei dimessi e consumato il 50% delle giornate di degenza. **Il numero di interventi chirurgici e procedure chirurgiche effettuati** in tutte le discipline chirurgiche e mediche, ammonta, sempre nel 2003, a 7.924.280, in aumento rispetto ai due anni precedenti 2001 (7.556.127) e 2002 (7.839.843) e la maggior parte è concentrata nella fascia di età dei 65enni ed oltre. **Sono state, infatti, eseguite in questa fascia di età il 77.7% delle procedure oculistiche, il 55.7% di quelle urologiche, il 57% di quelle cardiocirurgiche ed il 54% di quelle vascolari, il 43% di quelle toraciche, ma anche il 61% di quelle in nefrologia e medicina generale, il 58% in cardiologia, il 40% in dermatologia, il 40% in gastroenterologia, il 56% in angiologia, radiologia 17,9% (valore che sale ad oltre il 40% nelle fasce di età più giovani).**

Nel 2020, secondo le proiezioni ISTAT, la popolazione italiana dovrebbe rimanere costante, ma quella di 65 anni ed oltre crescere del 24% (oltre 13 milioni di persone). E' pertanto prevedibile che si registrino anche in Italia le stesse percentuali di aumento delle procedure interventistiche e degli interventi chirurgici, come riportato per gli USA.

Le caratteristiche della rete ospedaliera e l'evoluzione della day surgery

Secondo i dati OECD 2003³¹, il numero di posti letto per acuti per mille abitanti tra i Paesi membri si aggira intorno al 4 per mille rispetto al 5.3 degli anni '90, con valori del 2,8 negli USA.

Bisogna considerare, però, che se le attività effettuate in regime di *ambulatory surgery* negli ospedali USA (ci si riferisce ai *community hospital* esclusi gli ospedali privati for profit e non profit), e cioè i 24.000.000 tra interventi e procedure, fossero trasferiti al settore ordinario, tale valore si alzerebbe al 3,1 per mille circa³². I posti letto per acuti passerebbero, infatti, da 816.000 in dotazione al 2003 a 878.753 per l'aggiunta di 65.753 posti letto che rappresentano il 7,5% del totale.

In Italia, secondo l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, lo standard di posti letto accreditati dovrà essere portato a 4,5 per mille abitanti, comprensivo della riabilitazione e lungodegenza postacuzie. Ciò significa, che, qualora fosse confermato nell'1 per mille il valore per quest'ultimo settore, il numero di posti letto per acuti in regime ordinario e diurno, pubblici e privati, oggi pari a 233.080 (dati 2003) dovrebbe scendere a 205.450 (3,5 per mille circa), con la riduzione di 27.449 unità.

L'Accordo sopra citato prevede, infatti, di ricondurre il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, valore che nel 2003 era pari a 215,3. Va inoltre ricordato che la legge n. 266 del 2005 (legge finanziaria per il 2006) stabilisce una rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza finalizzate ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni ambulatoriali e conseguentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda l'Italia, è necessario rilevare due caratteristiche che hanno a

³¹ *OECD Health at a glance- How France compares*, OECD Observer, october 2003

³² U.S. Census Bureau, Statistical abstract of the United States 2003.

che fare con il rapporto tra le attività ospedaliere, di ricovero e non, e la day surgery. In primo luogo, le attività svolte a ciclo diurno rientrano in Italia nel regime dei ricoveri, ed infatti nel 2004 i casi di ricovero per acuti sono stati in totale 11.943.431, dei quali 3.733.738 (31,3%) in regime di ricovero diurno³³. Se tutte le attività svolte sui 28.914 posti letto per acuti a ciclo diurno fossero considerati “outpatient” come negli USA e in altri Paesi, il numero di posti letto per acuti non sarebbe di 236.408 (pari a 4 posti letto per mille abitanti) bensì 207.494 (pari a 3,5 per mille abitanti) ed il tasso di ospedalizzazione per acuti non sarebbe di 203,4 bensì di 141,8. E questa è una prima considerazione da fare quando gli studiosi affrontano il problema del benchmarking tra Paesi che differiscono tra di loro per le caratteristiche ed i contenuti della rete ospedaliera. La seconda considerazione è molto rilevante e riguarda l’attribuzione dei costi di tutta la specialistica ambulatoriale, e quindi anche quella ospedaliera che comprende la chirurgia ambulatoriale, al secondo livello di assistenza e cioè quello distrettuale. La questione è stata già sollevata dalla Commissione Nazionale LEA (Guzzanti 2004) facendo notare che l’attività specialistica ambulatoriale è di fatto differenziata per gradi di complessità clinica e tecnologica e che i corretti principi di economia sanitaria richiedono di evitare costosi e inutili duplicazioni di servizi e che l’attività ambulatoriale ospedaliera, inclusiva dei costi per strutture e personale, è a pieno titolo tema parte del totale dell’assistenza ospedaliera. Comportarsi diversamente può dare l’impressione apparente di una diminuzione dei costi dell’assistenza ospedaliera ma è un inutile artefatto statistico, considerato che il SSN è unitario, anche se articolato in branche diverse di attività.

Possibili effetti della riduzione dell’offerta della rete ospedaliera sui tempi di risposta ad una domanda crescente

³³ Corte dei Conti, Sezione delle autonomie. Deliberazione n. 14/2006. Relazione sulla gestione finanziaria delle

Anche in Italia, dunque, come in precedenza ricordato, la normativa prevede una costante tendenza alla diminuzione dei posti letto per acuti, non accompagnata, purtroppo, da un altrettanto incremento dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza postacuzie (ancora allo 0,5 per mille abitanti), ma soprattutto senza avere alle spalle una assistenza domiciliare e residenziale quale sono richieste quando la remunerazione dell'attività ospedaliera sia fondata sul sistema DRG. Il rischio è che risulti problematico garantire alle fasce di età più anziane l'effettuazione di interventi e procedure che, come in precedenza riportato, tendono ad un aumento esponenziale sia in regime di ricovero che diurno.

Ciò potrebbe portare, come dimostrato a livello internazionale,³⁴ ad un aumento delle liste di attesa, che interessano soprattutto la chirurgia. Si tratta di un problema scottante che investe tutti i Paesi nei quali vige un sistema sanitario basato sulla medicina socializzata. In Inghilterra, secondo dati riferiti al 1994, erano in attesa di ricovero ordinario 628.800 persone e di ricovero diurno 442.300, delle quali, rispettivamente, il 7% ed il 4% avevano atteso oltre un anno. A distanza di 11 anni, nel 2005, le persone in lista di attesa per ricovero ordinario e diurno sono 769.824 (circa 300.000 in meno quale conseguenza dell'aumento dell'offerta pubblica e privata), per la maggior parte proprio nel settore chirurgico e la day surgery è considerata una opportunità per contribuire a ridurle.

La evoluzione della formazione nel nuovo scenario delle discipline interventistiche

In pochi decenni il mondo della chirurgia e di tutte le discipline specialistiche che praticano interventi e procedure invasive e seminvasive è cambiato, dunque, ed evolverà nel tempo costringendo i medici e le altre figure professionali sanitarie, ma anche gli amministratori a continue revisioni della pratica clinica, ad aggiornare i

Regioni: esercizi 2004-2005 su dati provvisori forniti dal Ministero della salute

³⁴ Jeremy Hurst and Luigi Siciliani "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of policies in
Pagina 28 di 61

criteri di selezione dei pazienti, ad individuare le tipologie di prestazioni che possono essere offerte, ma anche a stabilire nuove modalità di erogazione delle stesse e le sedi dove sono garantite. Un ruolo importante spetterà alle figure professionali operanti nelle singole strutture, che dovranno, periodicamente, valutare la tipologia delle prestazioni e dei pazienti da trattare sulla base della propria esperienza e dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi vigenti, così come sarà responsabilità **delle Università**, d'intesa con gli Organi istituzionali della sanità, la programmazione del numero delle varie figure professionali da formare sia nelle discipline chirurgiche sia nella altre specialità caratterizzate da metodiche interventistiche, ma anche la definizione di modalità e le sedi di insegnamento coerenti con le nuove esigenze.

In tal modo si potrà incrementare la day surgery portandola al 50% circa del totale degli interventi e creare le condizioni per sviluppare maggiormente la chirurgia ambulatoriale. Negli anni, la day surgery è aumentata nel nostro Paese, a dimostrazione del lavoro fatto nel tempo per promuoverla a tutti i livelli, mentre ancora difficoltoso appare il percorso della chirurgia ambulatoriale, che pure è cruciale per garantire lo sviluppo dei diversi percorsi assistenziali dei pazienti.

Lo scenario futuro sarà caratterizzato, dunque, da un settore per acuti con un ridotto numero di posti letto ma con pazienti sempre più complessi, spesso anziani, ed un settore diurno che deve comprendere sia la day surgery che la one day surgery e la chirurgia ambulatoriale, delineando così una rete di strutture ad articolata complessità, nelle quali trattare pazienti accuratamente selezionati in modo **appropriato alle singole circostanze, da parte di personale adeguatamente formato.**

La tipologia e la formazione del personale

L'esecuzione di procedure invasive e seminvasive od interventi su pazienti che vengono preparati, trattati e dimessi in un tempo breve **richiede, infatti, grande** professionalità ed esperienza per ridurre al minimo gli errori e le complicanze. Per questo appare

strategico puntare su una formazione idonea ed un aggiornamento costante, avendo ben chiari però le funzioni ed i compiti che le diverse figure professionali devono svolgere. Nel caso di posti letto individuati all'interno della degenza ordinaria, ad esempio, il personale medico ed infermieristico non potrà essere esclusivamente dedicato, mentre diverso è il caso di unità autonome multidisciplinari per le quali sarà necessario prevedere personale dedicato infermieristico. In molti Paesi dove la day surgery è diffusa da anni, il ruolo dell'infermiera/e responsabile delle attività di sala operatoria, di degenza, e di quelle relative alle procedure di ammissione e dimissione dei pazienti, è fondamentale. In particolare tale figura professionale deve garantire:

- il rispetto delle procedure di ammissione e dimissione dei pazienti,
- il coordinamento delle attività assistenziali e dei servizi preposti,
- il controllo sulle infezioni,
- la raccolta dei dati sulla qualità del servizio.

L'espansione della day surgery e della chirurgia ambulatoriale richiederanno un maggiore impegno per promuovere una formazione dell'infermiere in grado di garantire un coinvolgimento sempre più attivo di tale figura professionale, con particolare riguardo al controllo del dolore, alle procedure di ammissione e dimissione ed alla assistenza ai familiari. I relativi programmi di studio, che sono tuttora carenti anche in Paesi all'avanguardia in termini di nursing³⁵, dovranno prevedere l'insegnamento delle diverse fasi costitutive delle *modern surgical practices* intendendosi come tali la preparazione, l'assistenza, il trattamento ed il follow up di pazienti che sostano in ospedale, o altre strutture chirurgiche, per un tempo pari o inferiore alle 24 ore.

Tornando al nostro Paese, la responsabilità delle attività di day surgery deve essere affidata ad un medico che dovrà, in accordo con i referenti delle diverse specialità afferenti all'Unità:

- identificare le linee di condotta per la cura dei pazienti,

³⁵ M.Mitchell. *Nursing knowledge and the expansion of day surgery in the United Kingdom*. Ambulatory surgery 12 (2006) 131-138

- formulare regolamenti per il personale medico ed infermieristico,
 - preparare le procedure di ammissione e dimissione dei pazienti,
 - organizzare eventuali programmi di insegnamento e ricerca nel settore,
- avvalendosi, se necessario, di un responsabile gestionale che avrà il compito di:
- gestire il sistema contabile,
 - applicare e ottimizzare i vari sistemi di gestione delle risorse umane,
 - attivare e ottimizzare sistemi di gestione dei materiali,
 - partecipare alla identificazione di linee di condotta per la cura dei pazienti,
 - partecipare alla formulazione di regolamenti interni,
 - collaborare alla preparazione ed eventualmente al miglioramento delle procedure di ammissione e dimissione dei pazienti e del controllo di qualità.

La differenziazione dei modelli organizzativi

Nei vari documenti prodotti nel tempo sono stati proposti modelli organizzativi sia per la day surgery che per la chirurgia ambulatoriale. Per quanto riguarda la prima, il modello organizzativo deve essere scelto ed adottato in base alla realtà nella quale è implementato. Se un grande ospedale presenta un numero di interventi chirurgici superiore a 12.000-15.000 l'anno, sviluppati da più discipline chirurgiche, il modello ideale (come affermato dal Royal College of Surgeons nel 1992), è rappresentato dall'unità autonoma multidisciplinare con sale operatorie dedicate. Ma, se l'ospedale è di minori dimensioni è giustificata l'attivazione di posti letto dedicati all'interno della degenza ordinaria. Non si deve dimenticare che la day surgery è stata introdotta per ampliare l'offerta, così da fare fronte alla prevedibile maggiore domanda senza influire negativamente sui tempi di attesa per i ricoveri, venendo anche incontro al desiderio delle persone assistite e della famiglia che si vedono garantite le prestazioni ospedaliere senza dovere sopportare gli inconvenienti che spesso si registrano nei ricoveri ordinari. Il vantaggio della day surgery, dunque, non può essere limitato solamente laddove è

possibile attuare il modello dell'unità autonoma, che chiede bacini di utenza quali quelli delle aree urbane e metropolitane, ma deve altresì essere fruibile in quegli ospedali periferici che le Regioni individueranno come possibili sedi, anche perché come ricordato numerose attività ricomprese sotto il termine day surgery sono già attualmente svolte in modo prevalente negli ospedali periferici sottoforma di ricovero ordinario.

A tale proposito si precisa che secondo i dati del bilancio demografico ISTAT 2005, alla data del 31 gennaio 2004, ben 24.344.698 persone (41,6% della popolazione italiana, pari a 58.462.377 unità) risultavano residenti in 7.412 Comuni (il 91,5% del totale pari a 8.101) che contano fino a 15.000 residenti. **Pertanto, sarà la rete ospedaliera regionale, nella quale sono inseriti anche gli ospedali di minori dimensioni, a definire le sedi in grado di garantire sia la day surgery, in tutte o in alcune delle sue espressioni, sia la chirurgia ambulatoriale per non privare i cittadini di un modello in grado di migliorare il loro percorso assistenziale, in sedi ravvicinate ai loro luoghi di residenza.**

Un discorso a parte merita la questione delle Unità o Presidi autonomi di day surgery, posti anche lontano da ospedali. Negli USA sono operanti 3.266 Ambulatory Surgical Centers (ASC), di cui il 30% in California, Florida e Texas, che hanno effettuato circa 8 milioni di interventi chirurgici nel 2003, la complessità dei quali è andata costantemente aumentando nel tempo (oltre 2500 procedure sono comprese nelle liste, di cui 743 definite *major procedures*)³⁶. Si segnala, peraltro, che il 10% di queste strutture, è dotato di spazi per il pernottamento di pazienti che, per la loro intrinseca complessità e rischio di complicanze, richiedono una degenza prolungata e ciò ha consentito di eseguire interventi di un certo rilievo come le tiroidectomie, le quadrantectomie, le colicestectomie per via laparoscopica, etc.

In Europa, soprattutto in Inghilterra, si stanno diffondendo strutture analoghe con il nome di "*Diagnosis and treatment centers*", unità autonome, pubbliche e private, poste anche lontano da ospedali, nelle quali sono garantite molte attività di tipo ambulatoriale

³⁶ Quality oversight of Ambulatory Surgical Centers. Department of Health and Human Services. Office of Inspector
Pagina 32 di 61

comprese quelle chirurgiche riferibili alla day surgery: nel 2006, ne sono previste 100 in aggiunta alle esistenti 70, per garantire una media di 250.000 interventi chirurgici/anno al fine di abbattere, entro il 2008, le liste di attesa chirurgiche.³⁷

In Italia, la proposta di linee guida dell'ASSR del 1996 ha introdotto la possibilità di individuare strutture autonome anche private ed i relativi requisiti sono stato oggetto di pubblicazioni nazionali e internazionali³⁸. La Conferenza Stato Regioni nelle linee guida del 2002 ha previsto che il Presidio autonomo di day surgery (centro chirurgico di day surgery) sia *“costituito da una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti di cui all'articolo 2, comma 1. Tale presidio deve essere funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze. Devono essere, altresì, definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. L'attivazione di presidi autonomi di day surgery può essere utilizzata in via prioritaria, per consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale. In tali presidi vanno previste modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di base nell'ambito della biochimica clinica e dell'ematologia ed emocoagulazione, nonché le indagini di diagnostica per immagini e di tutti gli altri servizi che si rendano necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite”*

Nel nostro Paese sono presenti da anni presidi autonomi privati di day surgery che operano secondo protocolli condivisi con gli ospedali per la gestione delle complicanze e delle emergenze, così come vi sono piccoli ospedali trasformati che possiedono unità dedicate di day surgery o svolgono tali attività in posti letto dedicati. La stipula di rapporti convenzionali con strutture pubbliche dotate di pronto soccorso, e il più generale rapporto con il sistema 118, è sufficiente a garantire un grado di sicurezza

general, Feb 2002.

³⁷ M.Mitchell. *Nursing knowledge and the expansion of day surgery in the United Kingdom*. Journal of Ambulatory surgery 12 (2006) 131-138

³⁸ E.Guzzanti, I.Mastrobuono: *Organisational, technological and structural standards for office based ambulatory surgery and day surgery*. Ambulatory surgery 7 (1999) 159-165

elevato per i pazienti.³⁹ Per tali ragioni la parte del recente documento del Consiglio superiore di sanità, di cui si è detto nel primo paragrafo, non appare condivisibile quando sostiene che i presidi autonomi extraospedalieri di day surgery debbono essere ubicati nell'area di 1 Km dal più vicino ospedale ed i pazienti debbano essere domiciliati in vicinanza di un ospedale sede di pronto soccorso.

Quanto esposto vale anche per i presidi pubblici, siano essi il risultato di riconversioni di ospedali di piccole dimensioni, ma anche quando si tratta di nuove strutture. Va inoltre considerato che nella previsione di Distretti dotati di strutture sul territorio, nelle quali concentrare le attività di medicina di gruppo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti per garantire l'assistenza primaria, la presenza di sale operatorie dedicate alla piccola e media chirurgia rappresenterebbe un ulteriore avvicinamento della persona assistita alla comunità di residenza.

Un discorso a parte merita la chirurgia ambulatoriale che attende dal 2001 di essere normata o comunque regolata, secondo quanto previsto dagli Allegati al DPCM del 29 novembre 2001 sui LEA. Anche in questo caso il recente documento del Consiglio superiore di sanità non sembra rispondere adeguatamente a tali esigenze.

La classificazione delle strutture proposta, infatti, non può essere basata solamente sulla tipologia di anestesia locale o locoregionale praticate, perché le complicanze a seguito di intervento non sono legate esclusivamente alle procedure anestesologiche praticate, ma anche alle tecniche chirurgiche adottate, alle condizioni generali del paziente, ma anche alla capacità professionale ed organizzativa delle diverse strutture. Inoltre, l'introduzione di ulteriori denominazioni e gradi di articolazione delle strutture rischia di generare confusione tra gli operatori e soprattutto tra i pazienti e non tiene conto delle

³⁹ Attualmente molti presidi autonomi privati e pubblici aderiscono al "*Club delle unità di day surgery*" fondato nel mese di novembre 2002 da V. Berta, G. Celli, L. Corbellini, M. Francucci, S. Massa e coordinato da G. Celli, allo scopo di: a) perseguire l'identificazione delle Unità di Day Surgery e favorirne lo sviluppo e la qualificazione; favorire il coordinamento e lo scambio di informazioni tra le strutture; evidenziare le specificità della Day Surgery nelle varie discipline scientifiche, definendone lo standard; b) favorire la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nei processi assistenziali e gestionali; c) contribuire a definire le caratteristiche del percorso formativo delle varie figure; d) cooperare con le istituzioni, le associazioni, gli enti pubblici e privati per la realizzazione di progetti innovativi e la successiva sperimentazione.

peculiarità di alcune discipline come l'oculistica, ad esempio, sulla quale si sono espressi sia il Ministero della Salute (Commissione del 2000) sia l'ASSR (documento del 2005 non pubblicato)⁴⁰. A tale proposito si ricorda che uno dei 15 progetti denominati "mattoni del SSN" è riferito proprio alla classificazione delle strutture, non ultime quelle ambulatoriali, nel quadro complessivo di un chiarimento organizzativo e tecnologico che permetta alle Regioni di parlare lo stesso linguaggio ai fini del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, ma soprattutto per verificare se le prestazioni dei LEA siano effettivamente garantite su tutto il territorio nazionale

Sulla base di tali considerazioni si propone di:

- definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della chirurgia ambulatoriale in generale, introducendo alcune peculiarità per gli ambulatori nei quali sono svolte attività oculistiche e odontoiatriche, demandando alle Regioni l'individuazione di requisiti specifici sulla base delle singole realtà locali;
- accorpare gli ambulatori B1 e B2 previsti dal documento ai presidi autonomi di day surgery;
- prevedere un direttore sanitario solo per i presidi autonomi di day surgery con un numero di interventi chirurgici superiore ad un determinato valore (2000/anno).

La questione del pernottamento

Premesso che ci si riferisce ad un solo pernottamento, quindi alla dimissione da effettuare nella mattina successiva al giorno dell'intervento, considerato che il numero di interventi e procedure da effettuare in regime diurno è destinato ad aumentare non solo numericamente, ma anche come complessità perchè effettuati su pazienti con polipatologie (e questo riguarda sia gli anziani sia i disabili di età più giovane ma portatori di patologie concomitanti), allora assume valore strategico poter garantire il pernottamento.

In Italia, una decisione in tale senso appare opportuna, soprattutto in questo momento,

⁴⁰ Gruppo di lavoro per la stesura di "Linee guida nazionali in materia di chirurgia oculistica: profili clinico-

caratterizzato dalla necessità di operare scelte strategiche in termini di riduzione del numero di posti letto, perché favorire la day surgery anche in ospedali dove non è affatto o poco praticata significa permetterne una diffusione in sicurezza per il paziente e per gli operatori ed il pernottamento rappresenta una modalità appropriata al riguardo. Inoltre, le nuove tecniche operatorie, soprattutto mininvasive, che richiedono tempi non brevi per il corretto apprendimento da parte degli operatori e tendono ad essere gravate da una percentuale maggiore di complicanze, potrebbero trovare una possibilità di maggiore sviluppo proprio con la possibilità di un eventuale pernottamento. Esso, infine, potrebbe risultare utile a affermare tale modello organizzativo tra i pazienti, il cui grado di accettazione dipende anche dalla sensazione di sicurezza che viene trasmessa. Taluni Autori, pur autorevoli⁴¹, sostengono che la “vera” day surgery debba essere praticata esclusivamente nell’arco della stessa giornata e non debba comprendere il pernottamento e che l’aumento di ASC dotati di “*recovery care*” negli USA, che consente una degenza di 23 ore sia legata alla possibilità di maggiori guadagni da parte di queste strutture rispetto agli ospedali. Pur tuttavia essi stessi ammettono che vi è una quota di pazienti con ernia inguinale bilaterale, stenosi carotidea, aneurisma aortico, patologie tiroidee, pazienti ASA 3 per i quali si può rendere necessario il pernottamento. A tale proposito, per quanto riguarda l’Italia, le linee guida della Conferenza Stato regioni del 2 agosto 2002 hanno previsto la possibilità del pernottamento, il che consentirà comunque di comprendere sotto un’unica voce statistica gli interventi e le procedure seguiti da dimissione effettuate nell’arco delle 24 ore, distinguendo tra di esse quelle che hanno richiesto il pernottamento. La questione semmai va posta circa la capacità e l’organizzazione delle strutture a preparare, trattare e dimettere le persone che sono sottoposte a tali trattamenti in tempi e modi inusuali rispetto al ricovero tradizionale.

organizzativi”, istituito presso l’ASSR con deliberazione del Direttore generale il 5 maggio 2003.

⁴¹ P.E.M. Jarrett, C.De Lathouwer, T.W. Ogg “*The time has come to promote true day surgery*” *Ambulatory surgery* 8 (2000) 163-164

Considerazioni conclusive

Le prime procedure chirurgiche che sono state effettuate in regime diurno in alcuni ospedali italiani già prima degli anni '80, hanno trovato nei primi anni '90 un riscontro scientifico, istituzionale e organizzativo tale da fare considerare oggi la day surgery tra i migliori successi in termini di appropriatezza organizzativa del nostro Paese. Tale modello, in primo luogo pone al centro del sistema l'appropriatezza della procedura/intervento da effettuare rispetto alla persona da assistere, alle sue condizioni cliniche, alle preferenze che manifesta ed alla famiglia, che ne avrà cura a casa in un domicilio più o meno lontano dalla struttura. Tutto ciò comporta un lavoro di squadra, e cioè di un "team", nel quale ciascuno ha un ruolo nel quale si riconosce, così come riconosce il ruolo degli altri componenti, e tutti insieme individuano gli obiettivi, le strategie per conseguirli, i metodi per verificarne i risultati e le misure da adottare, sia in caso di mancato successo, sia quando l'obiettivo si sposta oltre, verso ambiti non ancora familiari con i quali confrontarsi.

Nell'affrontare le prospettive della day surgery nel 21esimo secolo è stato affermato (Wetchler, 1999)⁴², infatti, che le procedure praticabili nelle singole strutture di day surgery dovrebbero essere stabilite periodicamente dal medico che dirige la struttura e da un comitato costituito dagli altri medici che la utilizzano, con riferimento specifico al tipo di pazienti da trattare ed alle loro condizioni cliniche, da porre in rapporto alla presenza in quella sede di chirurghi che sono in grado di affrontare tali situazioni, ma anche dello staff di cui si compone il team e delle dotazioni tecnologiche di cui si avvale. Attualmente, invece, i criteri di selezione sono un misto delle conoscenze disponibili, del giudizio clinico e dell'intuito, mentre vi è l'esigenza di ricerche riguardanti i risultati della day surgery, con riferimento non solamente alle procedure da effettuare, ma anche alle condizioni cliniche del paziente, alla conduzione dell'anestesia, all'assistenza successiva e al grado di soddisfazione espresso dai pazienti e dai loro familiari. Il tutto collegato alle caratteristiche del luogo dove si è svolta tale

⁴² BV Wetchler Procedure selection guidelines: the time is now to prepare for the 21st century. Ambulatory surgery. 1999; Pagina 37 di 61

attività.

Sono concetti che si condividono totalmente, perché convinti che le prestazioni garantite dal SSN, in quanto incluse nei LEA, vanno erogate su tutto il territorio nazionale secondo standard ben definiti che troveranno nella programmazione regionale lo strumento per tenere conto delle singole realtà e capacità locali, dal lato professionale, strutturale e tecnologico, tenendo conto del fatto che la “curva di apprendimento” tecnica ed organizzativa, non è uguale per tutti e non si può imporre per legge.

Un ultimo punto riguarda il fatto che la day surgery e la chirurgia ambulatoriale sono state introdotte innanzitutto per favorire i pazienti e le loro famiglie, ma anche per razionalizzare e contenere, ove possibile, il costo delle prestazioni, a parità di qualità e risultati favorevoli.

Per fare questo, occorre in primo luogo una effettiva integrazione tra le strutture di ricovero e la medicina del territorio, da ottenere attraverso una reciproca informazione ed una attiva collaborazione. **In secondo luogo, ma non per l'importanza, occorre sottolineare con forza che la diffusione di informazioni volte a proporre la riduzione dei costi di erogazione come la prima ragion d'essere della day surgery, non solamente tradirebbe l'impegno di quanti, nel corso degli anni, hanno profuso le loro energie per migliorarne di continuo la qualità, ma renderebbe un pessimo servizio ai cittadini, che guarderebbero con diffidenza una innovazione che è, invece, diretta fundamentalmente a loro vantaggio.**

Allegato

PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE DA EFFETTUARE IN REGIME DI ASSISTENZA CHIRURGICA A CICLO DIURNO⁴³

a cura di

Isabella Mastrobuono, Fabrizio Mastrilli, Maria Concetta Mazzeo

Premessa

Di seguito, viene riportata la «Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno» elaborata dall'ASSR nel 1996.

Il documento, che in alcune sue parti andrà nel tempo aggiornato, si è rivelato, con le dovute modifiche necessarie per tener conto delle specifiche esigenze e realtà locali, un utile riferimento per quelle Regioni e quelle Aziende che più delle altre si sono mostrate sensibili nel considerare la day surgery quale modello alternativo al ricovero tradizionale su cui puntare nel futuro.

Il percorso che è stato presentato, costituisce un esempio di come la ricerca sui servizi sanitari possa proporre nuovi concetti culturali ed operativi che vengono diffusi affinché essi divengano patrimonio comune e diano luogo, infine, a provvedimenti che consentono l'innovazione e lo sviluppo, in questo caso in un settore così qualificante per il SSN quale è quello relativo alle attività chirurgiche.

La «Proposta» è stata elaborata con la collaborazione delle seguenti Società scientifiche ed Associazioni nazionali:

Gruppo multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno:

Prof. Sergio Stipa, Prof. Corrado Manni, Prof. Arch. Roberto Palumbo, Prof. Ermanno Ancona, Prof. Luigi Gioffrè, Prof. Alberto Peracchia, Prof. Francesco Crucitti, Prof. Roberto Vecchioni, Prof. Beniamino Tesauro, Dott. Ugo Baccaglini, Dott. Carlo Castoro, Dott.ssa Elda Baggio.

Società scientifiche e Associazioni:

Associazione Nazionale di Radiologia Medica - Prof. Paolo Mannella

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere - Dott. Vito Bongiovanni

Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva - Prof. Gianfranco Di Nino

Società Italiana di Chirurgia - Prof. GianMassimo Gazzaniga

Società Italiana di Chirurgia Pediatrica - Prof. Gian Battista Parigi, Prof. Alberto Ottolenghi

Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica - Prof. Francesco Mazzoleni,

Prof. Gino Rigotti

Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia - Prof. Carlo Romanini

Società Italiana di Medicina Generale - Dott. Luigi Milani, Dott. Daniele Giraldi

Società Italiana di Medicina Interna - Prof. Luciano Campanacci

Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Prof. Giancarlo Umani Ronchi

Società Italiana di Endoscopia Digestiva - Prof. Ercole De Masi

Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e di Day Surgery - Prof. Piero Pietri

Società Italiana di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale - Dott. Vincenzo Castelli

Società Italiana di Urologia - Prof. Emanuele Belgrano

Società Italiana di Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza Sanitaria e delle Cure Mediche - Prof. Alberto P. Bonoldi

Società Oftalmologica Italiana - Prof. Elio Genovesi, Prof. Adolfo Sebastiani

Società Italiana di Colonproctologia - Prof. Giuseppe Dodi, Dott. Fabio Gaj

Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale - Prof. Antonio Ottaviani

Società Italiana di Dermatologia e Venereologia - Prof. Giorgio Landi

Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Dott. D.A.I. Emma Carli

Comitato Infermieri Dirigenti - Dott. D.A.I. Marcello Bozzi

Collegio IPASVI di Roma - Dott. D.A.I. Gennaro Rocco

Chirurgia ambulatoriale e day surgery: definizione, modelli organizzativi e sedi di attuazione

Con i termini “chirurgia ambulatoriale” e “chirurgia di giorno” (day surgery) ci si riferisce a nuovi modelli assistenziali con i quali è possibile effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive su basi clinico-organizzative sostanzialmente innovative e che, perciò, necessitano di una chiara definizione affinché l'innovazione non vada a discapito del risultato clinico, e quindi della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti.

Appare necessario chiarire, preliminarmente, la distinzione che si vuole operare tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno/day surgery.

Con il termine **chirurgia ambulatoriale** si intende: *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici o ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia”*.

Alcune patologie possono essere trattate, in ragione della loro intrinseca complessità, solo in ambulatori protetti, intendendo con tale termine gli ambulatori compresi all'interno di ospedali e case di cura.

Con il termine **chirurgia di giorno/day surgery** si intende: *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale”*.

La chirurgia ambulatoriale e la chirurgia di giorno (day surgery) sono modelli assistenziali che non devono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale. Perciò, tali attività debbono essere affidate a personale medico ed infermieristico esperto. L'attività del medico, chirurgo e/o dell'anestesista, con minore esperienza dovrà essere sempre svolta sotto la costante e personale supervisione dei colleghi di comprovata esperienza e qualificazione. La durata delle prestazioni in regime di chirurgia di giorno/day surgery deve essere preferibilmente programmata entro un'ora.

I pazienti da avviare a tali regimi assistenziali debbono essere opportunamente selezionati e debbono essere preventivamente informati sul tipo di intervento e/o trattamento al quale sono sottoposti sottoscrivendo un “consenso informato” personalizzato.

Dovrà essere rilasciata al paziente, al momento della dimissione, una dettagliata e completa relazione, da inviare anche al medico di famiglia e pediatra di libera scelta, comprendente, in particolare, i trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio nonché le indicazioni sulla gestione immediata delle possibili complicanze.

Le prestazioni in regime di **chirurgia ambulatoriale** debbono poter essere effettuate, in funzione della loro intrinseca complessità:

- in qualunque ambulatorio o studio medico che possieda i requisiti richiesti;
- oppure
- in ambulatori “protetti” e cioè operanti nell'ambito di strutture di ricovero (Ospedali e Case di cura private).

Tutti gli interventi, eseguiti in entrambe le tipologie di ambulatorio, debbono essere riportati su apposito registro contenente:

- i fondamentali elementi identificativi del paziente,
- la diagnosi,
- il nominativo e ruolo degli operatori,
- la procedura eseguita,
- l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- le eventuali complicanze immediate.

Le prestazioni in regime di **chirurgia di giorno/day surgery** possono essere effettuate in:

1. Ospedali, all'interno di:

- posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria,
- Unità di degenza dedicate,
- Unità autonome;

2. Case di cura (a carattere generale o chirurgico), all'interno di:

- posti letto dedicati,
- Unità di degenza dedicate;

3. Unità autonome dedicate

Le Unità autonome private dovranno richiedere alle Autorità competenti l'apposita autorizzazione all'esercizio sulla base dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8 del D. lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, utili anche ai fini dell'accreditamento, corredata dall'elenco delle procedure che intendono effettuare, indicando anche il presumibile numero mensile ed annuo.

Ai fini dell'accreditamento, i posti letto di day surgery vanno ricompresi quali posti letto equivalenti, nell'ambito del parametro posti letto/popolazione attivato dalla Regione di appartenenza.

Per potere avviare una attività di day surgery in strutture esistenti e già

autorizzate all'esercizio, eventualmente previa trasformazione strutturale e modifica delle attività svolte, è necessario che venga informata la regione e/o la USL di appartenenza per i risvolti di natura organizzativa e finanziaria che ciò comporta.

Per potere erogare prestazioni per conto ed a carico del Servizio sanitario nazionale, è necessario che le Regioni e le Unità sanitarie locali, nell'ambito dei provvedimenti da adottare per instaurare i nuovi rapporti previsti dall'articolo 8 del D. lgs 502/92, abbiano prioritariamente stipulato accordi contrattuali con le singole strutture accreditate, con particolare riguardo al volume e tipologia delle prestazioni da erogare, e comunque secondo le modalità previste dalle linee di guida sui criteri di applicazione del processo di accreditamento appositamente emanate. Gli accordi contrattuali potranno essere stipulati solo dopo verifica della rispondenza ai requisiti minimi generali e specifici di cui all'atto di indirizzo e coordinamento.

In particolare, tra i requisiti minimi vanno sottolineati quelli relativi a:

- garantire le prestazioni di emoteca secondo quanto indicato nel decreto 1° settembre 1995 sulla «Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate dotate di frigoemoteche», relativamente al tipo di interventi chirurgici praticati,
- assicurare la reperibilità medica nelle 24 ore,
- formalizzare, da parte delle Unità autonome, un collegamento funzionale ed organizzativo con un Ospedale o Casa di cura al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze.

L'accordo con l'Ospedale o Casa di cura deve prevedere:

- la comunicazione della lista degli interventi più frequentemente eseguiti nell'Unità autonoma,
- la definizione delle modalità organizzative relative ai ricoveri in emergenza dei pazienti,
- l'obbligo di fornire le informazioni cliniche relative al paziente ricoverato per complicanze od emergenza,

- la natura dei rapporti tra le strutture relativamente all'eventuale utilizzo di servizi diagnostici o specialistici (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia, etc.).

Le prestazioni con pernottamento potranno essere effettuate solo presso gli Ospedali o le Case di cura private.

Anche tali interventi dovranno essere riportati su apposito registro e nella cartella clinica, ove andranno registrati, in particolare:

- i fondamentali elementi identificativi del paziente:
- la diagnosi,
- il nominativo e la qualifica degli operatori,
- la procedura eseguita,
- l'ora di inizio e fine della procedura stessa,
- le eventuali tecniche sedative del dolore utilizzate,
- il tipo di anestesia,
- le complicanze immediate.

Tale proposta di regolamentazione delle attività chirurgiche in regime diurno è completata con le liste degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, distinte per specialità, preparate in collaborazione con gli specialisti delle diverse branche medico-chirurgiche (*n.d.r. Tali liste sono state aggiornate dalla Federazione Italiana di Day Surgery e pertanto, nell'Allegato alla presente Proposta, sono sostituite da queste ultime, elencate secondo la codifica ICD 9 CM*).

Tali liste di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche non sono da considerare esaustive di tutti gli atti chirurgici che è possibile effettuare in regime ambulatoriale o in regime di chirurgia di giorno in quanto, in molti casi, il limite tra gli interventi effettuabili in un regime piuttosto che in un altro è assai sfumato. Sarà, quindi, cura primaria dell'équipe medica decidere sul tipo di regime assistenziale al quale sottoporre il paziente, dopo averlo accuratamente selezionato ed informato sul tipo di intervento al quale verrà sottoposto.

Le liste di interventi chirurgici dovrebbero essere sottoposte a revisione almeno ogni

due anni.

Selezione dei pazienti

Numerosi interventi chirurgici possono essere effettuati in regime di chirurgia ambulatoriale ed in regime di chirurgia di giorno/day surgery in pazienti accuratamente selezionati. La selezione deve tenere conto delle condizioni generali del paziente e dei fattori logistici e familiari.

1. Selezione dei pazienti in relazione alle condizioni generali

Tutti i pazienti che afferiscono ai programmi di chirurgia ambulatoriale e di chirurgia di giorno debbono essere in buone condizioni generali.

Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of Anesthesiology (Classificazione A.S.A.), che individua cinque classi: i pazienti appartenenti alle prime due sono considerati candidati ideali a tali regimi assistenziali (A.S.A.1 e A.S.A.2).

L'estensione del trattamento ai pazienti appartenenti alla classe 3 di tale classificazione prevede un attento esame clinico del paziente, che, solo dopo accurate indagini e controlli, potrà essere sottoposto ad intervento chirurgico, preferibilmente in anestesia locale o loco regionale.

Le urgenze chirurgiche sono escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali.

2. Selezione dei pazienti in relazione all'età ed al peso

Per quanto riguarda l'età vale il principio che il limite posto non è da considerarsi assoluto ma da relazionare sia allo stato generale sia ai progressi conseguiti all'introduzione di nuovi farmaci anestesiológicos e all'utilizzo di nuove tecniche di chirurgia e anestesia.

Con le possibili eccezioni, quindi, l'età minima indicativa potrebbe essere di 6 mesi, la massima di 75 anni.

Per quanto riguarda il peso, è noto che l'obesità è un fattore di rischio di considerevole importanza, e pertanto tale condizione deve essere attentamente valutata.

3. Selezione dei pazienti in relazione a fattori logistici e familiari

Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del

paziente non sia lontano dalla struttura dove è stato praticato l'intervento chirurgico per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità, e comunque il tempo di percorrenza dovrebbe essere, preferibilmente, compreso entro 1 ora di viaggio.

Ulteriore requisito è rappresentato dalla certezza di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.

Tutti i pazienti debbono essere assistiti durante il ricovero da un familiare o persona di fiducia responsabile, opportunamente istruito, in grado di accompagnare a casa il paziente e fornire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento chirurgico.

Elenco degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche effettuabili in ambulatori, ambulatori protetti e in regime di chirurgia di giorno/day surgery

Si ritiene opportuno richiamare alcune considerazioni generali sugli interventi praticabili in regime ambulatoriale e di chirurgia di giorno (day-surgery).

Per quanto riguarda il regime ambulatoriale, è evidente che si tratta di interventi di relativa facile esecuzione, non eccessivamente impegnativi per l'operatore e per il paziente.

La scelta di intervenire in un regime piuttosto che in un altro resta, come ogni altro atto medico, esclusiva responsabilità del medico, il quale potrà scegliere in assoluta libertà, nel rispetto del consenso informato del paziente, basandosi sui principi di scienza e coscienza su cui da sempre si fonda la facoltà di curare.

Si ritiene opportuno ribadire, inoltre, che la scelta del regime di ricovero più opportuno sarà guidata dall'accertamento delle condizioni cliniche e psicologiche del paziente e che, in molti casi, il limite tra gli interventi praticabili in ambulatori protetti e non, è assai sfumato. Sarà quindi completa responsabilità del sanitario decidere, anche in rapporto alle dotazioni disponibili minime previste dalla legge, circa la struttura ambulatoriale più adeguata. È evidente che molte delle patologie trattabili in regime ambulatoriale, se di maggior estensione o complicate, dovranno essere trattate in regime di chirurgia di giorno, o

addirittura in regime di ricovero ordinario.

In particolare, in ambito pediatrico, è da ricordare che questi pazienti mal tollerano interventi in anestesia locale per cui sarà opportuno che questi siano effettuati preferibilmente in ambulatori protetti o in regime di chirurgia di giorno.

Una particolare attenzione andrà posta nella selezione dei malati oculistici per i quali la maggior parte delle prestazioni chirurgiche riguardano, da un lato, bambini, e dall'altro, pazienti ultra settantenni. Per questi ultimi, alla patologia oculare, si associano frequentemente patologie generali (malattie dell'apparato cardio-circolatorio e/o respiratorio, diabete, disfunzioni renali, etc.). In tutti questi casi è opportuno limitare fortemente l'utilizzo di strutture "non protette", preferendo il regime di ricovero di chirurgia di giorno. In questo elenco non sono comprese le prestazioni erogate in regime di emergenza-urgenza, per definizione escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali.

Si precisa, infine, che se una patologia o tipo di intervento chirurgico compaiono in elenco, ciò non deve costituire alcun obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tali regimi assistenziali. Viceversa, il fatto che una patologia o un intervento non compaiano in elenco, non può essere assolutamente considerato vincolante in quanto, anche se nella generalità dei casi quel particolare intervento sarà più opportunamente eseguito in corso di un ricovero tradizionale, è ammissibile che, in centri specializzati, dove l'esperienza e l'organizzazione sono particolarmente avanzati, quello stesso intervento possa essere eseguito secondo uno dei regimi proposti.

* ELENCO PROCEDURE CHIRURGICHE EFFETTUABILI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE
(CODIFICA ICD 9CM)

- 06.01 Aspirazione nella regione tiroidea
- 06.11 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) della tiroide
- 07.11 Biopsia (percutanea, agobiopsia) delle ghiandole surrenali
- 08.0 Incisione della palpebra
- 08.01 Incisione del margine palpebrale
- 08.02 Apertura di blefarorrafia
- 08.09 Altra incisione della palpebra
- 08.11 Biopsia della palpebra
- 08.19 Altre procedure diagnostiche sulla palpebra
- 08.20 Rimozione di lesione della palpebra, NAS
- 08.21 Asportazione di calazio
- 08.22 Asportazione di altra lesione minore della palpebra
- 08.23 Asportazione di lesione maggiore della palpebra non a tutto spessore
- 08.24 Asportazione di lesione maggiore della palpebra, a tutto spessore
- 08.51 Cantotomia
- 08.52 Blefarorrafia
- 08.81 Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia
- 08.82 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.83 Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore
- 08.84 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
- 08.85 Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore
- 09.41 Specillazione del punto lacrimale
- 09.42 Specillazione dei canalicoli lacrimali
- 09.51 Incisione del punto lacrimale
- 09.52 Incisione dei canalicoli lacrimali
- 09.53 Incisione del sacco lacrimale
- 09.59 Altra incisione delle vie lacrimali
- 10.0 Rimozione di corpo estraneo dalla congiuntiva per incisione
- 10.1 Altra incisione della congiuntiva
- 10.21 Biopsia della congiuntiva
- 10.29 Altre procedure diagnostiche sulla congiuntiva
- 10.5 Lisi di aderenze della congiuntiva e della palpebra
- 10.6 Riparazione di lacerazione della congiuntiva
- 10.91 Iniezione sottocongiuntivale
- 11.0 Rimozione di corpo estraneo dalla cornea con impiego di magnete
- 11.21 Curettage della cornea per striscio o coltura
- 11.22 Biopsia della cornea
- 11.31 Trasposizione dello pterigium
- 11.41 Rimozione meccanica dell'epitelio corneale
- 11.42 Termocauterizzazione di lesione della cornea
- 11.49 Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea
- 16.21 Oftalmoscopia
- 16.23 Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita
- 16.91 Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche
- 18.01 Perforazione del lobo dell'orecchio
- 18.02 Incisione del canale uditivo esterno
- 18.09 Altra incisione dell'orecchio esterno
- 18.11 Otoscopia
- 18.12 Biopsia dell'orecchio esterno
- 18.19 Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno
- 18.21 Asportazione del seno preauricolare
- 18.29 Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno

- 18.40 Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno
- 20.09 Altra miringotomia

- 20.80 Interventi sulla tuba di Eustachio
- 21.00 Controllo di epistassi, NAS
- 21.01 Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore
- 21.02 Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale posteriore (e anteriore)
- 21.03 Controllo di epistassi mediante cauterizzazione e tamponamento
- 21.21 Rinoscopia
- 21.22 Biopsia del naso
- 21.31 Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale
- 21.32 Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso
- 21.81 Sutura di lacerazione del naso
- 21.91 Lisi di aderenze del naso
- 22.00 Aspirazione e lavaggio dei seni nasali, NAS
- 22.01 Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio
- 22.02 Aspirazione e lavaggio dei seni nasali attraverso la via naturale
- 22.11 Biopsia (endoscopica) (Agobiopsia) dei seni nasali
- 22.13 Altre procedure diagnostiche sui seni nasali
- 25.01 Biopsia (agobiopsia) della lingua
- 25.02 Biopsia a cielo aperto della lingua
- 25.09 Altra procedura diagnostica sulla lingua
- 25.51 Sutura di lacerazione della lingua
- 25.91 Frenulotomia linguale
- 25.92 Frenulectomia linguale
- 25.99 Altri interventi sulla lingua
- 26.11 Biopsia (agobiopsia) di ghiandola o dotto salivare
- 26.41 Sutura di lacerazione di ghiandola salivare
- 26.91 Specillazione di dotto salivare
- 26.99 Altri interventi su ghiandole o dotti salivari
- 27.10 Incisione del palato
- 27.21 Biopsia del palato osseo
- 27.22 Biopsia dell'ugola
- 27.23 Biopsia del labbro
- 27.24 Biopsia della bocca, struttura non specificata
- 27.29 Altre procedure diagnostiche sulla cavità orale
- 27.41 Frenulectomia labiale
- 27.51 Sutura di lacerazione del labbro
- 27.52 Sutura di lacerazione di altra parte della bocca
- 27.61 Sutura di lacerazione del palato
- 27.71 Incisione dell'ugola
- 27.92 Incisione della bocca, struttura non specificata
- 28.11 Biopsia di tonsille ed adenoidi
- 28.91 Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione
- 29.11 Faringoscopia
- 29.12 Biopsia faringea
- 31.41 Tracheoscopia attraverso stoma artificiale
- 31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia
- 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale
- 33.21 Broncoscopia attraverso stoma artificiale
- 33.22 Broncoscopia con fibre ottiche
- 33.23 Altra broncoscopia
- 33.24 Biopsia bronchiale (endoscopica)
- 33.26 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del polmone
- 33.29 Altre procedure diagnostiche sul polmone
- 34.21 Toracosopia transpleurica
- 34.91 Toracentesi
- 34.92 Iniezione nella cavità toracica
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 38.94 Preparazione di vena per incannulamento
- 38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale
- 38.98 Altra puntura di arteria

- 38.99 Altra puntura di vena
- 39.92 Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
- 39.99 Altri interventi sui vasi
- 41.38 Altre procedure diagnostiche sul midollo osseo
- 42.23 Altra esofagoscopia
- 42.24 Biopsia (endoscopica) dell'esofago
- 42.29 Altre procedure diagnostiche sull'esofago
- 42.92 Dilatazione dell'esofago
- 43.0 Gastrotomia
- 44.11 Gastrosopia transaddominale
- 44.14 Biopsia (endoscopica) dello stomaco
- 44.15 Altra biopsia dello stomaco
- 44.19 Altra procedura diagnostica sullo stomaco
- 44.22 Dilatazione endoscopica del piloro
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue
- 45.14 Biopsia (endoscopica) dell'intestino tenue
- 45.16 Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia
- 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
- 45.22 Endoscopia dell'intestino crasso attraverso stoma artificiale
- 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile
- 45.24 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
- 45.25 Biopsia (endoscopica) dell'intestino crasso
- 45.28 Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
- 45.29 Altra procedura diagnostica sull'intestino crasso sede non specificata
- 45.30 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione del duodeno
- 45.42 Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
- 45.43 Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
- 48.21 Proctosigmoidoscopia transaddominale
- 48.22 Proctosigmoidoscopia attraverso orificio artificiale
- 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido
- 48.24 Biopsia (endoscopica) del retto
- 48.25 Biopsia a cielo aperto del retto
- 48.26 Biopsia dei tessuti perirettali
- 48.29 Altre procedure diagnostiche sul retto, rettosigmoide e tessuti perirettali
- 49.03 Asportazione di appendice cutanea perianale
- 49.21 Anoscopia
- 49.22 Biopsia dei tessuti perianali
- 49.23 Biopsia dell'ano
- 49.29 Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali
- 49.31 Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano
- 49.41 Riduzioni di emorroidi
- 49.42 Iniezioni delle emorroidi
- 49.43 Cauterizzazione delle emorroidi
- 49.47 Rimozione di emorroidi trombizzate
- 50.11 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del fegato
- 52.11 Biopsia (agobiopsia) (percutanea) (aspirazione) del pancreas
- 54.24 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di massa intraaddominale
- 55.23 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del rene
- 55.93 Sostituzione di drenaggio nefrostomico
- 55.94 Sostituzione di drenaggio pielostomico
- 57.18 Cistostomia e cistolitotomia sovrappubica
- 57.32 Cistoscopia transuretrale
- 57.92 Calibraggio collo vescicale
- 57.94 Cateterismo vescicale
- 57.95 Riposizionamento catetere vescicale
- 57.99 Altri interventi sulla vescica
- 58.06 Dilatazione uretrale
- 58.1 Meatotomia uretrale
- 58.22 Uretroscopia

- 58.23 Biopsia dell'uretra
- 58.29 Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale
- 60.11 Biopsia trasperineale (percutanea) (agobiopsia) della prostata
- 60.13 Biopsia (percutanea) delle vescicole seminali
- 60.71 Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
- 60.91 Aspirazione percutanea della prostata
- 60.92 Iniezione (di farmaci) nella prostata
- 61.0 Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
- 61.11 Biopsia dello scroto e della tunica vaginale
- 61.3 Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
- 61.41 Sutura di lacerazione dello scroto e della tunica vaginale
- 61.91 Aspirazione percutanea della tunica vaginale
- 62.91 Aspirazione del testicolo
- 62.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
- 63.91 Aspirazione di spermatocele
- 67.0 Dilatazione del canale cervicale
- 67.11 Biopsia endocervicale
- 67.12 Altra biopsia cervicale
- 67.19 Altre procedure diagnostiche sulla cervice
- 68.12 Isteroscopia
- 69.70 Inserzione di Dispositivo Contraccettivo Intrauterino (IUD)
- 70.21 Vaginoscopia
- 70.24 Biopsia vaginale
- 71.11 Biopsia della vulva
- 71.19 Altre procedure diagnostiche sulla vulva
- 75.31 Amnioscopia
- 75.34 Monitoraggio fetale, NAS
- 85.11 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) della mammella
- 85.19 Altre procedure diagnostiche sulla mammella
- 85.91 Aspirazione della mammella
- 85.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
- 86.01 Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.02 Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute
- 86.03 Incisione di cisti o seno pilonidale
- 86.04 Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
- 86.09 Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.11 Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.19 Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo
- 86.23 Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- 86.24 Chemiochirurgia della cute
- 86.25 Dermoabrasione
- 86.26 Legatura di appendice dermica
- 86.27 Currettaggio di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
- 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
- 86.59 Sutura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi
- 86.64 Trapianto di capelli
- 86.92 Elettrolisi e altra depilazione cutanea
- 87.82 Isterosalpingografia con contrasto gassoso
- 87.83 Isterosalpingografia con contrasto opaco
- 97.51 Rimozione di tubo di gastrostomia
- 97.52 Rimozione di tubo dall'intestino tenue
- 97.53 Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice
- 97.54 Rimozione di tubo di colecistostomia
- 97.59 Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente
- 97.61 Rimozione di tubo da pielostomia e nefrostomia
- 97.62 Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale
- 97.63 Rimozione di tubo di cistostomia

- 97.64 Rimozione di altro dispositivo di drenaggio urinario
- 97.65 Rimozione di supporto uretrale
- 97.69 Rimozione di altro dispositivo dall'apparato urinario

* ELENCO DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE EFFETTUABILI IN DAY- SURGERY
(CODIFICA ICD 9 CM)

Interventi sul sistema nervoso

- 02.95 Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo
- 04.3 Suture di nervi cranici e periferici
- 04.4 Separazione di aderenze e decompressione dei nervi cranici e periferici
- 04.43 Liberazione del tunnel carpale
- 04.44 Liberazione del tunnel tarsale
- 04.49 Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli o separazione di aderenze

Interventi sul sistema endocrino

- 06.09 Altra incisione della regione tiroidea
- 06.12 Biopsia a cielo aperto della tiroide
- 06.13 Biopsia delle paratiroidi
- 06.19 Altra procedura diagnostica sulla tiroide o sulle paratiroidi

Interventi sull'occhio

- 08.31 Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura
- 08.32 Correzione di blefaroptosi con intervento con sospensione a fascia
- 08.33 Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o aponeurosi
- 08.34 Correzione di blefaroptosi con altre tecniche che utilizzano il muscolo elevatore
- 08.35 Correzione di blefaroptosi con tecnica tarsale
- 08.36 Correzione di blefaroptosi con altre tecniche
- 08.37 Riduzione di sovracorrezione di ptosi (della palpebra superiore)
- 08.38 Correzione di retrazione della palpebra
- 08.42 Riparazione di entropion o ectropion con tecnica di sutura
- 08.43 Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme
- 08.44 Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra
- 08.61 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo
- 08.62 Ricostruzione della palpebra con innesto o lembo di mucosa
- 08.63 Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero
- 08.64 Ricostruzione della palpebra con lembo tarsocongiuntivale
- 08.69 Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto
- 08.71 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.72 Altra ricostruzione della palpebra a tutto spessore
- 09.0 Incisione della ghiandola lacrimale
- 09.11 Biopsia della ghiandola lacrimale
- 09.12 Biopsia del sacco lacrimale
- 09.43 Specillazione del dotto nasolacrimale
- 09.6 Asportazione del sacco e delle vie lacrimali
- 09.7 Riparazione dei canalicoli e del punto lacrimale
- 09.71 Correzione di eversione del punto lacrimale
- 09.72 Altra riparazione del punto lacrimale
- 09.73 Riparazione dei canalicoli
- 09.91 Obliterazione del punto lacrimale
- 10.31 Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva
- 10.32 Demolizione di lesione della congiuntiva
- 10.33 Altri interventi di demolizione della congiuntiva

- 10.41 Riparazione di simblefaron con innesto libero
- 10.42 Ricostruzione di cul de sac congiuntivale con innesto libero
- 10.43 Altra ricostruzione di cul de sac congiuntivale
- 11.32 Asportazione dello pterigium con innesto della cornea
- 11.39 Altra asportazione dello pterigium
- 11.75 Cheratotomia radiale
- 12.32 Lisi di altre sinechie anteriori
- 12.33 Lisi di sinechie posteriori
- 13.2 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di estrazione lineare
- 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)
- 13.41 Facioemulsione ed aspirazione di cataratta
- 13.70 Inserzione di cristallino artificiale, NAS
- 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea
- 13.72 Inserzione secondaria di protesi di cristallino intraoculare
- 16.1 Rimozione di corpo estraneo penetrante, NAS
- 16.22 Aspirazione diagnostica dell'orbita

Interventi sull'orecchio

- 18.31 Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno
- 18.39 Altra asportazione dell'orecchio esterno
- 20.01 Miringotomia con inserzione di tubo
- 20.23 Incisione dell'orecchio medio

Interventi su naso bocca e faringe

- 21.61 Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia
- 21.62 Frattura dei turbinati (decongestione chirurgica dei turbinati)
- 21.69 Altra turbinectomia
- 21.71 Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
- 21.72 Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto
- 21.84 Revisione di rinoplastica
- 22.12 Biopsia a cielo aperto dei seni nasali
- 22.31 Antrotomia mascellare radicale
- 22.39 Altra antrotomia mascellare esterna
- 22.61 Asportazione di lesione del seno mascellare secondo CaldwellLuc
- 22.62 Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio
- 22.9 Altri interventi sui seni nasali
- 27.0 Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca
- 27.31 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo
- 27.42 Ampia asportazione di lesione del labbro
- 27.43 Altra asportazione di lesione o tessuto del labbro
- 27.53 Chiusura difistola della bocca
- 27.72 Asportazione dell'ugola
- 27.73 Riparazione dell'ugola
- 27.79 Altri interventi sull'ugola
- 28.19 Altri interventi diagnostici su tonsille ed adenoidi
- 28.2 Tonsillectomia senza adenoidectomia
- 28.3 Tonsillectomia con adenoidectomia
- 28.4 Asportazione di residuo tonsillare
- 28.6 Adenoidectomia senza tonsillectomia
- 28.7 Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia
- 28.92 Asportazione di lesione di tonsille e adenoidi
- 29.00 Faringotomia
- 29.33 Faringectomia parziale (escluso laringofaringectomia)

Interventi sul sistema respiratorio

- 31.43 Biopsia (endoscopica) della laringe
- 33.27 Biopsia endoscopica del polmone

Interventi sulla parete toracica, sulla pleura, sul mediastino e sul diaframma

- 34.22 Mediastinoscopia
- 34.23 Biopsia della parete toracica
- 34.24 Biopsia della pleura
- 34.25 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del mediastino
- 34.28 Altre procedure diagnostiche sul torace, pleura e diaframma
- 34.99 Altri interventi sul torace

Interventi sul sistema cardiovascolare

- 36.01 Angioplastica percutanea transluminale coronarica di vaso singolo (PTCA) senza menzione di agente trombolitico
- 37.21 Cateterismo cardiaco del cuore destro
- 37.22 Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
- 37.23 Cateterismo combinato del cuore destro e sinistro
- 37.24 Biopsia del pericardio
- 37.26 Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione
- 37.85 Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta
- 37.86 Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola specificato frequenza di risposta a stimoli fisiologici eccetto il ritmo atriale
- 37.87 Sostituzione di eventuale apparecchio di pace maker con camera doppia
- 37.89 Revisione o rimozione di pace-maker
- 38.22 Angioscopia percutanea
- 38.29 Altre procedure diagnostiche sui vasi sanguigni
- 38.50 Legatura e stripping di vene varicose sede non specificata
- 38.53 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto superiore
- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale
- 39.42 Revisione di shunt arterovenoso per dialisi renale
- 39.43 Rimozione di shunt arterovenoso per dialisi renale
- 39.91 Sbrigliamento dei vasi
- 39.93 Inserzione di cannula intervasale
- 39.94 Sostituzione di cannula intervasale

Interventi sul sistema ematico e linfatico

- 40.0 Incisione di strutture linfatiche
- 40.11 Biopsia di strutture linfatiche
- 40.19 Altre procedure diagnostiche sulle strutture linfatiche
- 40.21 Asportazione di linfonodi cervicali profondi
- 40.23 Asportazione di linfonodi ascellari
- 40.24 Asportazione di linfonodi inguinali
- 40.29 Asportazione semplice di altre strutture linfatiche
- 40.3 Asportazione di linfonodi regionali
- 40.50 Asportazione radicale di linfonodi, NAS
- 40.51 Asportazione radicale di linfonodi ascellari
- 40.54 Dissezione radicale della regione inguinale
- 40.59 Asportazione radicale di altri linfonodi
- 41.31 Biopsia del midollo osseo

Interventi sull'apparato digerente

- 43.41 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
- 43.42 Asportazione locale di altra lesione o tessuto dello stomaco
- 46.32 Digiunostomia (endoscopica) percutanea (PEJ)
- 46.40 Revisione di orifizio intestinale artificiale, NAS
- 46.41 Revisione di orifizio artificiale dell'intestino tenue
- 48.31 Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto
- 48.32 Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto
- 48.33 Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser
- 48.34 Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
- 49.01 Incisione di ascesso perianale
- 49.02 Altra incisione di tessuti perianali
- 49.04 Altra asportazione di tessuti perianali
- 49.11 Fistulotomia anale
- 49.12 Fistulectomia anale
- 49.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano
- 49.44 Demolizioni di emorroidi per crioterapia
- 49.45 Legatura delle emorroidi
- 49.46 Asportazione delle emorroidi
- 49.49 Altri interventi sulle emorroidi
- 49.51 Sfinterotomia anale laterale sinistra
- 49.52 Sfinterotomia anale posteriore
- 49.59 Altra sfinterotomia anale
- 49.71 Sutura di lacerazione dell'ano
- 49.72 Cerchiaggio anale
- 49.73 Chiusura di fistola anale
- 51.10 Colangiopancreaticografia retrograda endoscopica (ERCP)
- 51.11 Colangiografia retrograda endoscopica (ERC)
- 51.23 Colectomia laparoscopica
- 52.13 Pancreatografia retrograda endoscopica (ERC)
- 52.14 Biopsia (endoscopica) del dotto pancreatico
- 52.19 Altre procedure diagnostiche sul pancreas
- 53.00 Riparazione monolaterale di ernia inguinale, NAS
- 53.01 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta
- 53.02 Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta
- 53.03 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
- 53.04 Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
- 53.05 Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, NAS
- 53.10 Riparazione bilaterale di ernia inguinale, NAS
- 53.11 Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta
- 53.12 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta
- 53.13 Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta
- 53.14 Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi
- 53.15 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
- 53.16 Riparazione bilaterale di ernia inguinale, una diretta e una indiretta con innesto o protesi
- 53.17 Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, NAS
- 53.21 Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi
- 53.29 Altra erniorrafia crurale monolaterale
- 53.31 Riparazione bilaterale di ernia crurale con innesto o protesi
- 53.39 Altra erniorrafia crurale bilaterale
- 53.41 Riparazione di ernia ombelicale con protesi
- 53.49 Altra erniorrafia ombelicale
- 54.0 Incisione della parete addominale
- 54.21 Laparoscopia
- 54.22 Biopsia della parete addominale o dell'ombelico

- 54.23 Biopsia del peritoneo
- 54.29 Altre procedure diagnostiche sulla regione addominale
- 54.30 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico
- 54.91 Drenaggio percutaneo addominale

Interventi sull'apparato urinario

- 55.03 Nefrostomia percutanea senza frammentazione
- 55.92 Aspirazione percutanea renale
- 56.0 Estrazione endoscopia dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo
- 56.31 Ureteroscopia
- 56.33 Biopsia transureteroscopica
- 56.34 Endoscopia del condotto ileale (dotto artificiale realizzato negli interventi di cistectomia)
- 56.39 Altre procedure diagnostiche sull'uretere
- 56.62 Revisione di ureterocutaneostomia
- 56.91 Dilatazione della papilla ureterale
- 57.0 Drenaggio transuretrale della vescica
- 57.10 Cistotomia e cistostomia
- 57.17 Cistostomia percutanea
- 57.33 Cistoscopia (transuretrale) con biopsia
- 57.39 Altre procedure diagnostiche sulla vescica
- 57.49 Altra resezione transuretrale di lesione vescicale o neoplasia
- 57.91 Sfinterotomia vescicale
- 58.31 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
- 58.39 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra
- 58.47 Meatoplastica uretrale
- 58.5 Uretrotomia endoscopica
- 59.8 Cateterizzazione ureterale
- 59.95 Litotrixxia con ultrasuoni o elettroidraulica

Interventi sugli organi genitali maschili

- 60.14 Biopsia del tessuto periprostatico
- 61.2 Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)
- 61.92 Asportazione ematocele
- 62.11 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del testicolo
- 62.12 Biopsia a cielo aperto del testicolo
- 62.2 Asportazione o demolizione di lesione testicolare
- 62.3 Orchiectomia monolaterale
- 62.5 Orchiopessi
- 62.7 Inserzione di protesi testicolare
- 62.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
- 63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatiche
- 63.2 Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele
- 63.3 Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo
- 63.4 Epididimectomia
- 63.7 Vasectomia e legatura dei vasi deferenti
- 63.73 Vasectomia
- 64.0 Circoncisione
- 64.11 Biopsia del pene
- 64.41 Sutura di lacerazione del pene

Interventi sugli organi genitali femminili ed interventi ostetrici

- 65.11 Biopsia aspirativa dell'ovaio
- 67.2 Conizzazione della cervice
- 67.32 Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione
- 67.39 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice

- 67.5 Riparazione di ostio cervicale interno
- 68.16 Biopsia dell'utero
- 68.21 Divisione di sinechie endometriali
- 69.01 Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza
- 69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto
- 69.09 Altra dilatazione o raschiamento dell'utero
- 69.51 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza
- 69.52 Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto
- 69.59 Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione
- 70.33 Asportazione o demolizione di lesione della vagina
- 70.7 Altra riparazione della vagina
- 70.71 Sutura della vagina
- 70.76 Imenorrafia
- 71.09 Altra incisione della vulva e del perineo
- 71.23 Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolino
- 71.24 Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolino
- 75.1 Amniocentesi diagnostica prelievo dei villi coriali

Interventi sull'apparato muscolo-scheletrico

- 76.70 Riduzione di frattura della faccia
- 76.73 Riduzione chiusa di frattura mascellare
- 76.75 Riduzione chiusa di frattura mandibolare
- 77.28 Resezione cuneiforme del tarso e metatarso
- 77.43 Biopsia del radio e dell'ulna
- 77.44 Biopsia del carpo e metacarpo
- 77.48 Biopsia del tarso e metatarso
- 77.49 Biopsia di altre ossa ad eccezione di quelle facciali
- 77.51 Asportazione di borsite con correzione di tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso
- 77.52 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed artrodesi
- 77.56 Riparazione di dito a martello
- 77.57 Riparazione di dito ad artiglio
- 77.58 Altra asportazione, fusione o riparazione di dita
- 77.59 Altra asportazione di borsite
- 78.04 Innesto osseo del carpo e metacarpo
- 78.09 Innesto osseo di altre ossa
- 78.13 Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna
- 78.14 Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo
- 78.19 Applicazione di fissatore esterno di falangi
- 78.49 Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa (ossa pelviche, falangi, vertebre)
- 78.53 Fissazione interna di radio e ulna senza riduzione di frattura
- 78.54 Fissazione interna di carpo e metacarpo senza riduzione di frattura
- 78.55 Fissazione interna di falangi senza riduzione di frattura
- 78.60 Rimozione di dispositivo impiantato sede non specificata
- 78.61 Rimozione di dispositivo impiantato da scapola, clavicola e torace
- 78.62 Rimozione di dispositivo impiantato dall'omero
- 78.63 Rimozione di dispositivo impiantato da radio e ulna
- 78.64 Rimozione di dispositivo impiantato da carpo e metacarpo
- 78.65 Rimozione di dispositivo impiantato dal femore
- 78.66 Rimozione di dispositivo impiantato dalla rotula
- 78.67 Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula
- 78.68 Rimozione di dispositivo impiantato da tarso e metatarso
- 78.73 Osteoplasia del radio e dell'ulna
- 79.01 Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna
- 79.02 Riduzione chiusa di frattura di radio ed ulna senza fissazione interna
- 79.03 Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna
- 79.04 Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna
- 79.06 Riduzione chiusa di frattura di tibia e fibula senza fissazione interna

- 79.07 Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione interna
- 79.08 Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna
- 79.12 Riduzione chiusa di frattura di radio ed ulna con fissazione interna
- 79.13 Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo con fissazione interna
- 79.14 Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano con fissazione interna
- 79.17 Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso con fissazione interna
- 79.18 Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede con fissazione interna
- 79.22 Riduzione aperta di frattura del radio e dell'ulna, senza fissazione interna
- 79.23 Riduzione aperta di frattura del carpo e metacarpo senza fissazione interna
- 79.24 Riduzione aperta di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna
- 79.27 Riduzione aperta di frattura del tarso e metatarso senza fissazione interna
- 79.28 Riduzione aperta di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna
- 79.32 Riduzione aperta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna
- 79.33 Riduzione aperta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna
- 79.34 Riduzione aperta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna
- 79.37 Riduzione aperta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna
- 79.38 Riduzione aperta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna
- 79.71 Riduzione chiusa di lussazione della spalla
- 79.72 Riduzione chiusa di lussazione del gomito
- 79.73 Riduzione chiusa di lussazione del polso
- 79.74 Riduzione chiusa di lussazione della mano e della dita della mano
- 79.77 Riduzione chiusa di lussazione della caviglia
- 79.78 Riduzione chiusa di lussazione del piede e delle dita del piede
- 79.83 Riduzione aperta di lussazione del polso
- 79.84 Riduzione aperta di lussazione della mano e delle dita delle mani
- 79.87 Riduzione aperta di lussazione della caviglia
- 79.88 Riduzione aperta di lussazione del piede e delle dita del piede
- 80.21 Artroscopia della spalla
- 80.22 Artroscopia del gomito
- 80.23 Artroscopia del polso
- 80.25 Artroscopia dell'anca
- 80.26 Artroscopia del ginocchio
- 80.27 Artroscopia della caviglia
- 81.91 Artrocentesi
- 81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
- 81.96 Altra riparazione articolare
- 82.21 Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano
- 82.29 Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano
- 82.31 Borsectomia della mano
- 82.32 Asportazione dei tendini della mano per innesto
- 82.43 Sutura differita di altri tendini della mano
- 82.45 Altra sutura di altri tendini della mano
- 82.91 Lisi di aderenze della mano
- 83.3 Asportazione di lesione dei muscoli, tendini, fasce e borse
- 83.39 Asportazione di lesione di altri tessuti molli
- 83.41 Asportazione di tendini per innesti
- 83.42 Tenosinovietomia
- 83.50 Borsectomia
- 83.62 Sutura differita di tendini
- 83.64 Altra sutura di tendini
- 83.85 Allungamento del tendine di Achille
- 83.88 Altri interventi di plastica sui tendini
- 83.91 Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse
- 83.94 Aspirazione di borse
- 83.96 Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse
- 83.97 Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno dei tendini
- 83.98 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
- 84.01 Amputazione e disarticolazione di dita della mano
- 84.11 Amputazione di dita del piede

84.3 Revisione del moncone di amputazione

Interventi sui tegumenti

- 85.0 Mastotomia
- 85.12 Biopsia a cielo aperto della mammella
- 85.20 Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, NAS
- 85.21 Asportazione locale di lesione della mammella
- 85.22 Quadrantectomia della mammella
- 85.23 Mastectomia subtotale
- 85.24 Asportazione di tessuto ectopico della mammella,
- 85.25 Asportazione del capezzolo
- 85.94 Rimozione di protesi della mammella
- 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella
- 85.96 Rimozione di espansore tessutale nella mammella
- 85.99 Altri interventi sulla mammella
- 86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile
- 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile o sottocutaneo
- 86.21 Asportazione di cisti o seno pilonidale
- 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
- 86.4 Asportazione radicale di lesione della cute
- 86.60 Innesto cutaneo libero, NAS
- 86.61 Innesto di cute a pieno spessore nella mano
- 86.62 Altro innesto di cute nella mano
- 86.63 Innesto di cute a pieno spessore in altra sede
- 86.65 Eteroinnesto sulla cute
- 86.66 Omoinnesto sulla cute
- 86.69 Altro innesto di cute su altre sedi
- 86.71 Allestimento e preparazione di innesti pedunculati o a lembo
- 86.72 Avanzamento di lembo pedunculato
- 86.81 Riparazione di difetti del viso
- 86.82 Ritidectomia facciale
- 86.83 Intervento di plastica per riduzione di ampiezza
- 86.84 Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute
- 86.85 Correzione di sindattilia
- 86.86 Onicoplastica
- 86.91 Asportazione di cute per innesto
- 86.93 Espansore e altra depilazione cutanea

*** ELENCO DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE CLASSIFICATE TRA I DRG MEDICI AVENTI CARATTERISTICHE DI INVASIVITÀ PARAGONABILI A TRATTAMENTI CHIRURGICI**

- 87.51 Colangiografia epatica percutanea
- 87.74 Pielografia retrograda
- 87.75 Pielografia percutanea
- 88.40 Arteriografia con m.d.c., sede non specificata
- 88.41 Arteriografia di arterie cerebrali
- 88.42 Aortografia
- 88.43 Arteriografia delle arterie polmonari
- 88.44 Arteriografia di altri vasi intratoracici
- 88.45 Arteriografia delle arterie renali
- 88.47 Arteriografia di altre arterie intraaddominali
- 88.48 Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
- 88.49 Arteriografia di altre sedi specificate
- 88.51 Angiografia della vena cava

- 88.52 Angiocardiografia del cuore destro
- 88.53 Angiocardiografia del cuore sinistro
- 88.54 Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 Altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.60 Flebografia con m.d.c., sede non specificata
- 88.61 Flebografia con m.d.c. delle vene del capo e del collo
- 88.62 Flebografia con m.d.c. delle vene polmonari
- 88.63 Flebografia con m.d.c. di altre vene intratoraciche
- 88.64 Flebografia con m.d.c. del sistema portale
- 88.65 Flebografia con m.d.c. di altre vene intraaddominali
- 88.66 Flebografia con m.d.c. della femorale e di altre vene degli arti inferiori
- 88.67 Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate
- 88.68 Flebografia ad impedenza
- 97.55 Rimozione di tubo a T, altro tubo biliare, tubo epatico
- 97.56 Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico
- 99.61 Cardioversione atriale

- 07.11 Biopsia (percutanea, agobiopsia) delle ghiandole surrenali
- 33.26 Biopsia (percutanea, agobiopsia) del polmone
- 34.23 Biopsia della parete toracica
- 34.24 Biopsia della pleura
- 34.25 Biopsia (percutanea-agobiopsia) del mediastino
- 37.25 Biopsia del cuore
- 41.31 Biopsia del midollo osseo
- 52.11 Biopsia (agobiopsia percutanea-aspirazione) del pancreas
- 54.24 Biopsia (percutanea-agobiopsia) di massa intraddominale
- 55.23 Biopsia (percutanea-agobiopsia) del rene
- 59.95 Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica.

** Per la stesura delle liste si ringraziano il dottor Marsilio Francucci, responsabile dell'Unità di Day Surgery dell'Azienda ospedaliera Santa Maria di Terni e la dottoressa Rosa Corvetti dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Umbria.*

