

## Sommario



Settimanale di informazione  
e documentazione sanitaria

### Editore

Esse Editrice srl  
Via Cancelliera, 24  
00040 Cecchina - Roma

### Direttore responsabile

Corrado de Rossi Re

### Redazione:

Tel. 0697747927 - Fax 0697747928  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)

### Ufficio abbonamenti

Tel. 065911662 - Fax 065917809  
[abbonamenti@panoramasanita.it](mailto:abbonamenti@panoramasanita.it)

### Stampa

Eurolit  
Via Bitetto n. 39  
00133 Roma

Copie arretrate €5,00

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 065917809.

Registrazione del Tribunale  
di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Spedizione in abbonamento postale - 45 %  
art. 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Roma

### DIARIO

- 6 Presentazione del Rapporto Sanità 2007: nella rete dei servizi sanitari

### 8 NOTIZIARIO

### PRIMO PIANO

- 12 Scuole di Psicoterapia, un business?

### DOSSIER

- 16 Neanche la morte è "a livella": le disuguaglianze di assistenza sanitaria in Italia al centro di un Convegno nazionale organizzato dalla Cattedra di Igiene di Tor Vergata e da Iniziative Sanitarie
- 22 Disuguaglianze sanitarie in Europa: sociali e geografiche

### ATTUALITÀ

- 24 Comitati etici: luoghi di partecipazione?
- 26 Dolore oncologico: c'è ancora molto da fare
- 29 L'Oncologia pediatrica del Gemelli primo centro italiano nel Consorzio europeo Itcc
- 30 Progetto Re Te per l'integrazione ospedale territorio sull'assistenza reumatologica: una rete integrata contro sprechi e cure inappropriate
- 31 3° Congresso Nazionale Unificato di Dermatologia e Venereologia

### LAVORO

- 32 La "Sicurezza in sanità è qualità"

### AZIENDE

- 34 Asl Cesena: per visite e prestazioni ambulatoriali migliorano i tempi di attesa

### REGIONI

- 36 Collaborazione nel nord est
- 37 Edilizia: tre miliardi di Euro investiti per l'ammodernamento di 118 ospedali lombardi

### STUDI

- 38 La formulazione di un regolamento interno delle attività di ricovero diurno

# Wyeth

# La formulazione di un regolamento interno delle attività di ricovero diurno

di S. Esposito\*, V. Leonessa\*, G. Signoriello\*, L. Renzulli\*\*

## 1. Introduzione

Nell'ambito del Sistema Ospedale, il ricorso al Ricovero Ordinario viene sempre più limitato ai casi di reale necessità. Da un lato, infatti, oggi è possibile trattare con modalità di ricovero alternative casi che prima richiedevano necessariamente quella ordinaria; dall'altro, l'utenza è sempre meno propensa ad accettare degenze prolungate, onerose sia in termini di costo sociale, che in termini di spersonalizzazione e disumanizzazione. È allora conseguenziale che il ricorso al Ricovero Diurno (e, in particolare modo, alla Day-Surgery) trovi sempre maggior diffusione, anche in un'ottica di miglioramento dell'efficienza gestionale. Proprio in tema di efficienza gestionale, tuttavia, è opinione di molti Autori che il modello del Ricovero Diurno possa garantire un reale vantaggio economico per l'Azienda, solo se sfruttato in maniera adeguata: ad esempio, si sostiene da più parti che la Day-Surgery incide positivamente sul rapporto risorse/risultati solo quando espletata nell'ambito di un modello organizzativo a tipo "U.O. dedicata" o "Presidio esterno dedicato"; ed è anche parere di numerosi Autori che l'uniformità e l'ottimizzazione dei comportamenti di tutti gli operatori sanitari coinvolti siano



un aspetto critico da presidiare in tal senso.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università di Napoli (Aou Sun) non ha ancora costituito ad oggi Unità Operative dedicate per il Ricovero Diurno; tuttavia, la Direzione Aziendale ha ugualmente sentito come prioritaria la necessità di implementare nel personale medico la cultura della corretta allocazione del paziente in ambito assistenziale. Ciò non solo al fine di migliorare l'appropriatezza ed abbreviare i tempi medi di degenza, ma anche di ridurre le liste di attesa e l'incidenza di infezioni nosocomiali e di migliorare la Customer Satisfaction. Si inquadra in quest'ambito la redazione di un

Regolamento per le attività di ricovero in regime di Day-Hospital e di Day-Surgery, programmato dalla nostra Direzione Sanitaria nei primi mesi del 2004 ed allo stato completato ed inoltrato alla firma del Direttore Generale dell'Aou. Nel presente articolo, viene sintetizzato il percorso seguito per ottenere un Documento che fosse quanto più possibile "adattato" alle realtà organizzative ed assistenziali dell'Azienda, così da poter essere vissuto dal Clinico come strumento operativo di immediata applicazione pratica.

## 2. La fase preliminare

La prima fase del lavoro è consistita innanzitutto nello studio della Letteratura e della Norma-

tiva in materia di Ricovero Diurno, insieme con quello dei Regolamenti Interni proposti da altre Aziende Ospedaliere e dei risultati da esse conseguiti. Non ci soffermeremo sulle informazioni emerse da questa ricerca, da noi esposte altrove. Ci interessa però segnalare come una particolare attenzione sia stata dedicata alla valutazione dei risultati del progetto di ricerca dell'Aou della 2° Università di Napoli, condotto in tema di Day-Surgery nel 1999, sotto la direzione del prof. S. Canonico. Esso infatti, nonostante sia oramai datato e riguardi solo il versante chirurgico, è stato visto come un'utile fotografia dell'esistente, da cui trarre spunti per la redazione del documento. I risultati emersi da questa precedente esperienza giustificano pienamente, a nostro modo di vedere, la necessità di un intervento di riorganizzazione: se è vero infatti che l'Indice di Copertura (n. Ricoveri Diurni/ n. Ricoveri Totali) risultò del 17,1%, ossia sostanzialmente in linea con la media nazionale dell'epoca, l'Indice di Trasferibilità in Day-Surgery (% Casi effettivamente trattati in D.S./ Casi effettivamente trattabili in D.S.) risultò invece piuttosto elevato, attestandosi sul 38,5%: in pratica, computata in 5,43 giorni la degenza media dei ricoveri trasferibili, fu calcolato che un più appropriato utilizzo della Day-Surgery avrebbe permesso, per il solo anno 1999, un risparmio stimabile tra le 761 e le 1055 giornate di degenza. Da questo studio, inoltre, abbiamo ritenuto opportuno mutuare per il nostro Regolamento due aspetti di peculiarità: 1) i criteri di non eleggibilità in Day-Surgery (Tab. 1) e 2) la modalità per il calcolo del Punteggio di Dimissibilità, finalizzato a favorire comportamenti omogenei tra gli operatori, rispetto alle modalità di dimissione (Tab. 2).

Tab. 1 - Sperimentazione day-surgery Aup 2° Università di Napoli

Criteri di esclusione

A) clinici:

- anamnesi di shock anafilattico,
- diabete insulino-dipendente,
- sindromi convulsive,
- coagulopatie a rischio emorragico,
- infarto del miocardio nell'anno precedente,
- paziente in dialisi,
- patologia psichiatrica che limita severamente la possibilità di cooperazione
- epatopatia in fase itterica e/o ascitica,
- età <12 anni o >75 anni (per la sola cataratta deroga ad 80 anni),
- peso uomini >100 kg; peso donne > 80 kg (ove necessario anche BMI).

B) logistici:

- distanza del luogo di residenza > 100 Km e/o > 1 ora d'auto,
- mancata possibilità di utilizzo di auto privata o assenza di telefono in casa,
- mancata disponibilità di un adulto "accompagnatore/tutore" che controfirmi il consenso informato,
- mancata capacità del paziente e del tutore di assolvere alle prescrizioni.

Tab. 2 - Sperimentazione day-surgery Aup 2° Università di Napoli

Calcolo del punteggio di dimissibilità

Scala di Chung (modificata)

Scheda valutazione dimissione di.....						Data.....	Ora.....
P.V. (PA-FC)	ATTIVITA' - STATO MENTALE	DOLORE	NAUSEA - VOMITO	SANGUI NAMED TO	ENTRAT E/USCITE		
A - Variazione ≤ 20% rispetto al preoperat.	0 A - Buon orientamento e deambulaz. Sicura	0 A - Minimo	0 A - Assente	0 A - Minimo	0 A - Ha bevuto e urinato	0	0
B - Variazione tra 20-40%	1 B - Buon orientamento o deambulaz. Sicura	1 B - Moderato con necessità di trattamento	1 B - Presente	1 B - Moderato	1 B - Ha bevuto o urinato	1	1
C - Variazione > 40%	2 C - Né l'uno né l'altro	2 C - Severo	2	C - Severo	2 C - Né l'uno né l'altro	2	2
<b>TOTALE.....</b>						<b>(per dimettere il paziente il punteggio deve essere ≤ 9)</b>	

Una volta acquisito l'indispensabile supporto bibliografico, è poi apparsa subito chiara la necessità di: 1) poter monitorare in tempo reale il comportamento delle Uuo nell'utilizzo dello strumento del ricovero diurno: si è scelto a tal fine di utilizzare il sistema informatizzato inter-

Tab. 3 - Azienda policlinico - 2° Università di Napoli

Indici di copertura

(% Ds/r.o. Chirurgici totali)

Anno 1999	17,1	*
Anno 2002	29,7	
Anno 2003	38,0	

Ricoveri ordinari brevi in chirurgia

Anno	R.O. Chir. Brevi	R.O. Chir. Totali	%
2002	875	6098	14,3
2003	1099	5994	18,3

\*Aou Seconda Università di Napoli

\*\*Presidente Società Italiana di Tecnica Ospedaliera

no (Rete Intranet), che le Unità Operative dell'Azienda utilizzano per la codifica e per la trasmissione delle Schede di Dimissione Ospedaliera; 2) uniformare i comportamenti non solo tra gli operatori, ma anche tra i Servizi che, all'interno dell'Azienda, gestiscono l'organizzazione dell'attività assistenziale e la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera: è stato per questo costituito un gruppo di lavoro, comprendente, oltre al personale della Direzione Sanitaria, anche quello del Servizio di Statistica Sanitaria e del Servizio di Informatica Medica dell'Aou, che ha programmato e condotto il lavoro in stretta collaborazione e con buona uniformità di intenti.

I dati ottenuti dalla Rete Intranet aziendale hanno fornito informazioni di grande utilità, anche se alquanto contraddittorie (Tab. 3):

1) Uno degli aspetti di maggiore criticità ha riguardato il Day-Hospital: a fronte di una dotazione di posti letto pari al 7% del totale, l'Indice di Copertura degli ultimi anni è apparso eccessivamente alto (tra il 40 ed 45%), specie se si considera che nella maggioranza dei casi si tratta di Dh diagnostici, per i quali il tasso medio di inappropriata è usualmente elevato; 2) relativamente alla Day-Surgery, invece, il trend in progressivo aumento degli Indici di Copertura è apparso un dato quantomeno incoraggiante; 3) in assenza di dati aggiornati sugli Indici di Trasferibilità in Day-Surgery (il cui computo non era tra gli obiettivi del lavoro), un indice approssimativo di appropriatezza in Chirurgia è stato calcolato valutando la percentuale di ricoveri chirurgici con un singolo pernottamento (c.d. Ricoveri Ordinari Brevi). Tale indicatore è risultato inaccettabilmente elevato (cfr. Tab. 3): si

tratta infatti, nella quasi totalità, di ricoveri finalizzati all'esecuzione di interventi eleggibili in Day-Surgery, per i quali l'allocazione in ricovero ordinario è stata dovuta soltanto ad errori materiali o ad ignoranza della Normativa in materia, non a precise scelte cliniche. Tale dato ci ha suggerito alcune importanti valutazioni preliminari: a) i margini di errore nella compilazione delle Schede di Dimissione sono ancora alti; b) è verosimile pensare che anche gli Indici di Trasferimento lo siano ancora; c) gli errori di compilazione costituiscono un grave danno patrimoniale per l'Azienda (la Regione Campania corrisponde per il Ricovero Ordinario Breve una quota media pari al 40% del corrispondente Drg per Ricovero Ordinario, mentre, per la Day Surgery, tale quota sale all'85%).

### 3. La fase progettuale

Durante la fase progettuale, il gruppo di lavoro ha discusso e vagliato la modalità più appropriata di approccio al problema della redazione del documento. Si è concluso che essa andava necessariamente preceduta dalla risoluzione di due principali criticità: a) la scarsa conoscenza degli operatori del dettato delle normative vigenti in materia di ricovero diurno; b) la peculiare allocazione dell'Aou sul territorio del Comune di Napoli (distribuzione delle Uuoo su cinque poli, due universitari e tre ospedalieri), dovuta alle conseguenze del sisma del 1980, che è tuttora fonte di non poco disagio nell'erogazione dei servizi assistenziali. Era chiaro che questi problemi andavano affrontati attraverso un'approfondita conoscenza della realtà operativa e non solo sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Letteratura e dalle Normative. Si è deciso così di far precedere alla fase di redazione del documento una

fase conoscitiva e, contemporaneamente, formativo/informativa. Al fine di ottenere la più alta partecipazione possibile del personale medico, infermieristico ed amministrativo, ed al fine di comprendere meglio le problematiche specifiche lamentate dai singoli Dipartimenti, si è preferito contattare ciascun Dipartimento, per organizzare al suo interno uno o più incontri con gli operatori. Agli incontri è stata espressamente richiesta la partecipazione del personale infermieristico ed amministrativo, oltre che di quello medico. Ciascun incontro, si è articolato in due parti: nella prima (formazione ed informazione), è stato proiettato materiale iconografico, appositamente preparato dalla Direzione Sanitaria e dal Servizio di Informatica, al fine di: a) migliorare la conoscenza degli operatori sulle normative che regolano le attività di ricovero diurno e sulle modalità con cui la Regione Campania rimborsa tali attività; b) fornire ai Responsabili delle singole Unità Operative informazioni circa il livello quantitativo e qualitativo della loro produzione, in merito ai ricoveri diurni.

La seconda parte (conoscitiva) è consistita in una discussione con gli operatori, tesa a fugare i residui dubbi ed a trovare soluzioni per eventuali problemi peculiari del Dipartimento. Tali discussioni hanno riscosso un chiaro favore tra gli operatori ed hanno portato a galla non pochi aspetti di criticità; tra questi ultimi, il più importante è risultato sicuramente quello relativo agli errori commessi nella codifica dei ricoveri diurni chirurgici: in una non piccola percentuale di essi, infatti, il paziente veniva accettato in regime di Ricovero Ordinario, per cui, essendo dimesso nella stessa giornata o in quella successiva, si configurava la modalità del Ricovero Ordinario

Breve, con conseguente danno patrimoniale per l'Azienda (v. prec.). Altra criticità di rilievo è risultata la scarsa conoscenza delle modalità di gestione del Ricovero Ordinario con Preospedalizzazione; esso è risultato largamente sottoutilizzato, con conseguente allungamento dei tempi medi di degenza (e, quindi, con danno patrimoniale per l'Azienda e con scarsa soddisfazione dell'utenza). Tra le principali difficoltà operative lamentate, si riporta a mo' di esempio quella comune a tutti i Reparti chirurgici dislocati al polo di Cappella Cangiani (ubicato nella zona collinare di Napoli).

Il polo di Cappella Cangiani ospita l'Aou dell'Università Federico II, nonché alcune Uuoo dell'Aou della Seconda Università. I servizi diagnostici (Laboratori, Radiologie, etc.) della Seconda Università, invece, sono tutti allocati al polo Centro Storico (ubicato nel Centro antico di Napoli), che dista circa 6-7 Km da quello di Cappella Cangiani. Allorché si è proposta alle Chirurgie del polo di Cappella Cangiani una modalità di organizzazione della Day-Surgery che prevedesse, al primo accesso, anamnesi, esame obiettivo, esami ematochimici, esami radiografici (ove necessario) e visita ane-

stesiologica, ci si è sentiti rispondere che non era possibile ottenere, nel giro di 1-2 ore, i referti delle indagini diagnostiche praticate. In mancanza di tali referti, il chirurgo e l'anestesista erano impossibilitati ad adottare in prima istanza una decisione definitiva circa l'eleggibilità del paziente in Day-Surgery; le Uuoo erano quindi costretti ad organizzare un secondo accesso preoperatorio, oneroso non solo per l'Azienda, ma anche per gli utenti, soprattutto se con residenza lontana. In particolare, il secondo accesso preoperatorio era altamente penalizzante per le Oculistiche, con il rischio di perdita di una considerevole quota di mercato. Per risolvere il problema, l'Azienda ha programmato per il 2005 la dislocazione di un polo di Laboratorio e di un polo Radiologico presso il Policlinico di Cappella Cangiani; nelle more, si è chiesto (ed ottenuto) alla Direzione Aziendale di poter consentire alle Uuoo chirurgiche di Cappella Cangiani (per i soli pazienti in Ds) di afferire ai Laboratori per Analisi Urgenti dell'Aup Federico II. In tal modo, si consente alle Uuoo stesse di implementare la Chirurgia di Giornata ed i maggiori costi emergenti appaiono ampiamente ammortizzabili dall'aumento della quota di mercato.

#### 4. La stesura del documento

La quarta fase è consistita nella redazione del Documento, che attualmente è al vaglio della Direzione Aziendale, che dovrà aggiungervi una parte introduttiva, tesa a puntualizzare come l'organizzazione proposta si inquadri nell'ambito degli Obiettivi Strategici dell'Aup. Il Regolamento proposto, con l'allegato, è interamente riportato in Tab. 4. Nelle Tab. 5 e 6, poi,



viene riportata la modellistica proposta per i singoli accessi in Day-Surgery e per l'intervista telefonica dopo la dimissione.

È qui interessante puntualizzare alcuni aspetti del documento:

a) allo stato, nelle more dell'adozione di modelli alternativi, l'unico modello di Day-Surgery effettivamente praticabile per l'Aup della Seconda Università di Napoli è quello "su posti letto dedicati, all'interno delle singole Uuoo";

b) la dettagliata descrizione delle modalità di accettazione del paziente in Day-Surgery ha la finalità di evitare possibili errori di compilazione, economicamente penalizzanti per l'Azienda;

c) pur disponendo le singole Uuoo di un servizio di guardia medica e di pronta disponibilità, attivo 24/24 ore ed in grado di gestire eventuali urgenze postoperatorie, viene consigliato al medico responsabile del paziente di rendersi reperibile telefonicamente, quantomeno per le 24 ore successive all'intervento. La Day-Surgery è infatti una modalità di ricovero ove il rapporto medicopaziente è molto più "personalizzato", rispetto al Ricovero Ordinario; il poter contattare il medico di fiducia, in caso di necessità, dovrebbe quindi incontrare verosimilmente il favore dell'utenza;

d) sia i criteri di selezione e di esclusione dei pazienti (qui intendendo quelli specifici per patologia), sia i protocolli pre-, peri- e post-operatori da adottare sono stati lasciati alla discrezione dei singoli Dipartimenti Assistenziali, che dovranno stilarli e sottoporli al vaglio della Direzione Sanitaria; ciò al fine di garantire la massima flessibilità dello strumento del ricovero diurno, in un'Azienda dove alta è la pluralità delle specialità e dove estremamente disomogenea è la possibilità di accesso alle risorse.

#### Tab. 4

### Azienda policlinico – 2<sup>a</sup> Università di Napoli Regolamento interno per le attività di ricovero in regime di day-hospital e day-surgery

#### 1. Premessa

Nell'ambito delle prestazioni da erogarsi in ambito ospedaliero, Day-Hospital e Day-Surgery rappresentano un livello di erogazione di assistenza intermedio fra il ricovero ordinario e la visita ambulatoriale.

Le tipologie di ricovero ospedaliero comprendono infatti:

- *Ricovero ordinario*: ricovero ordinario con degenza superiore alle 48 ore, ovvero con due notti di degenza

- *Ricovero ordinario breve*: ricovero ordinario breve di un giorno, con una notte di degenza

- *Ricovero diurno*: Day-Hospital e Day-Surgery

Ai sensi del DM 380/2000, il ricovero diurno deve necessariamente rispondere ai seguenti tre requisiti: a) deve essere un ricovero, o un ciclo di ricoveri, programmato; b) è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore, dal momento del ricovero; c) fornisce prestazioni che, per la loro complessità o per il correlato rischio per il paziente, non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

#### 2. Definizioni

Si intende per Day-hospital un ricovero medico diurno programmato, effettuato per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi. Non è in alcun modo ammessa la possibilità di pernottamento, altrimenti verrebbe a configurarsi la modalità di "Ricovero Ordinario Breve".

Si intende per Day-surgery (o Chirurgia di Giorno), un ricove-

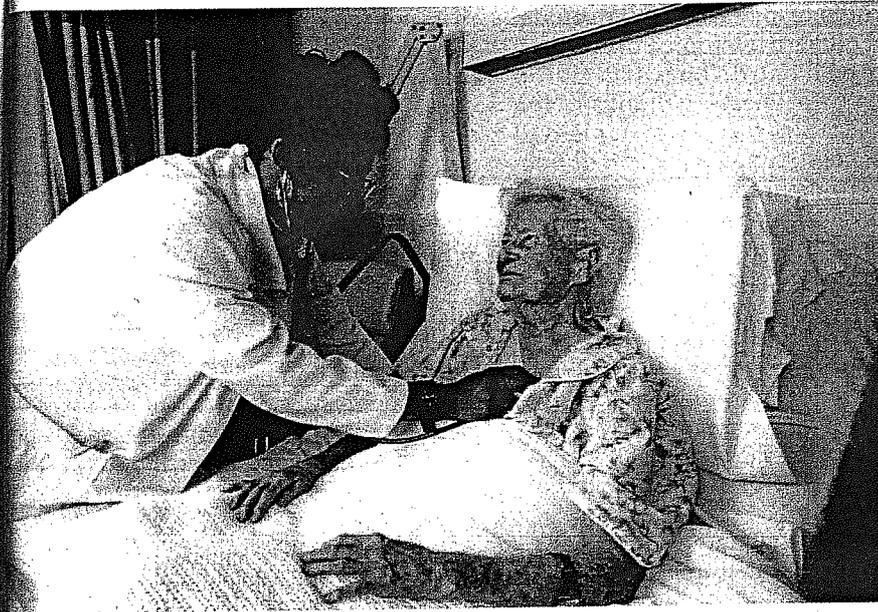
ro diurno programmato, effettuato ai fini dell'esecuzione di un intervento chirurgico o di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semiinvasive, da praticarsi in anestesia locale, loco-regionale o generale. A differenza di quanto accade per il Day-Hospital, è ammessa anche la possibilità che il paziente pernotti in reparto per una sola notte. In tale evenienza, la differenza con la modalità di Ricovero Ordinario Breve consiste nel fatto che quest'ultimo non prevede l'effettuazione di intervento chirurgico o di procedure invasive, anche quando ha luogo in ambiente chirurgico.

#### 3. Modello organizzativo

Nelle more della creazione di Uuoo dedicate per il Day-Hospital e per la Day-Surgery, è adottato il Modello Organizzativo "Posti Letto Dedicati": i ricoveri diurni saranno effettuati sui posti letto ad essi dedicati, individuati nell'ambito di ciascuna Uo. Gli spazi amministrativi ed assistenziali (degenze, locali di supporto, spazi di lavoro del personale, Complessi Operatori, etc.) saranno condivisi con quelli già utilizzati per le attività di ricovero ordinario. Le prenotazioni dei ricoveri andranno riportate su Registro dedicato, con indicazione della data di prenotazione. Per le prestazioni chirurgiche, ove i volumi di attività siano consistenti, sarebbe consigliabile formalizzare un'organizzazione che preveda almeno una seduta operatoria settimanale, esclusivamente dedicata alla Day-Surgery.

La diagnostica di supporto sarà garantita attraverso gli stessi percorsi utilizzati per le attività di Ricovero Ordinario.

Relativamente alla dotazione di personale, nei Reparti Degenza sarà necessaria la presenza di almeno un Medico ed un Infermiere Professionista, anche non



dedicati, per l'intero periodo di permanenza del paziente. L'attività operatoria richiederà invece, per ciascun letto operatorio, la presenza di almeno due Chirurghi, un Anestesista, due Infermieri Professionisti ed un Ota; un Infermiere Professionista aggiuntivo potrà essere previsto per l'assistenza in Sala Risveglio, indipendentemente dal tipo di anestesia effettuato.

#### 4. Ruoli e responsabilità

La Responsabilità delle attività di Ricovero Diurno è affidata al Direttore del Dipartimento Assistenziale.

È compito del Responsabile: a) gestire le risorse umane, strutturali e tecnologiche in dotazione; b) formulare i Protocolli Organizzativi Interni per la Selezione/Ammissione dei pazienti, per le modalità di cura e dimissione, per la gestione di eventuali urgenze e per il Sistema Qualità (accoglienza, informazione, confort, etc.); c) garantire il coordinamento delle varie attività ed il rispetto del presente Regolamento; d) curare l'aggiornamento e la qualificazione del personale infermieristico ed au-

siliario; e) curare i collegamenti con gli altri Dipartimenti, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili; f) garantire il rispetto dell'ordine cronologico di prenotazione; g) limitatamente alle attività chirurgiche, gestire le liste operatorie.

È compito della Giunta di Dipartimento: a) formulare le strategie e gli obiettivi; b) approvare il Protocollo Organizzativo Interno ed inviarlo alla Direzione Sanitaria Aziendale; c) verificare e, se necessario, aggiornare periodicamente il Protocollo Organizzativo Interno, comunicando alla Direzione Sanitaria Aziendale le eventuali modifiche. È compito dei Responsabili delle singole Uuoo: a) diffondere le modalità operative tra il personale medico e non medico; b) verificare la conformità al Regolamento dei comportamenti del personale; c) sollecitare e verificare la corretta compilazione della Cartella Clinica e della Sdo; d) verificare la corretta attribuzione dei codici sulla Sdo e curarne la tempestiva trasmissione.

Al personale medico e non medico, cui viene affidata la gestio-

ne clinica dei singoli pazienti, si intendono assegnati compiti e responsabilità omologhi a quelli riferibili alle corrispondenti attività in regime di Ricovero Ordinario.

#### 5. Procedure per le attività di ricovero in regime di dayhospital

All'atto dell'ammissione del paziente, il Responsabile della Uo ne affiderà la gestione ad uno tra i Medici in organico, che curerà l'assistenza al degente per l'intero ciclo di ricovero. Dovrà essere aperta una Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) in cui, alla voce "Regime di Ricovero", andrà digitata la modalità "Day-Hospital"; andrà inoltre aperta una Cartella Clinica, da compilare compiutamente in ogni sua parte.

La Cartella Clinica e la Sdo sono uniche per l'intero ciclo di ricovero. Ad ogni accesso del paziente, andranno annotate sul diario clinico l'ora di arrivo, le prestazioni diagnostico-terapeutiche eseguite e l'ora di dimissione. Non esiste limitazione al numero di accessi, fatta salva la considerazione che ciascuno di essi deve essere giustificato da adeguate motivazioni cliniche. La Cartella Clinica può rimanere aperta anche per l'intero anno solare; va però inderogabilmente chiusa al 31 Dicembre di ogni anno. Qualora, al 31 Dicembre, il ciclo diagnostico-terapeutico programmato per il paziente non fosse concluso, si provvederà a riaprire una nuova Cartella Clinica (ed una nuova Sdo) per l'anno successivo. Sulla Cartella Clinica dovrà essere chiaramente indicato il nome del Medico responsabile del degente. In caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, il paziente dovrà essere dimesso e dovranno essere compilate una nuova cartella clinica ed una nuova Sdo.

## 6. Procedure per le attività di ricovero in regime di daysurgery

Per quanto attiene la Selezione dei pazienti: a) è riportato nell'Allegato 1 l'Elenco degli Interventi e delle Procedure Chirurgiche eseguibili in regime di Day-Surgery; b) sono riportati nell'Allegato 2 (per la presente trattazione, vedi Tab. 1) i Criteri di Esclusione generici, clinici e socio-familiari; c) è demandata ai singoli Responsabili la formulazione dei Criteri di Selezione/Esclusione specifici per patologia; d) relativamente al rischio anestesiológico, vengono considerati eleggibili tutti i soggetti con classificazione Asa 1 e 2. La valutazione finale di eleggibilità sarà a carico del Chirurgo e dell'Anestesista, con modalità di scelta solidale. All'atto dell'ammissione del paziente, il Responsabile della Uo ne affiderà la gestione ad uno tra i Chirurghi in organico, che curerà l'assistenza al degente per l'intero ciclo di ricovero. Dovrà essere aperta una Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) in cui, alla voce "Regime di Ricovero", andrà digitata la modalità "Day-Hospital"; sarà infatti la descrizione della procedura chirurgica a conferire il carattere chirurgico al Drg (la digitazione della modalità "Ricovero Ordinario", per un paziente sottoposto ad intervento chirurgico in regime diurno, o che abbia pernottato una sola notte in Ospedale, oltre che inesatta, è economicamente penalizzante per l'Azienda). Andrà poi aperta una Cartella Clinica, da compilare compiutamente in ogni sua parte, ivi comprese le valutazioni chirurgiche ed anestesiológicas formulate all'atto della selezione per l'eleggibilità. La Cartella dovrà indicare chiaramente il nome del Chi-

urgo responsabile del degente, il numero telefonico del paziente ed il tipo di intervento chirurgico e di anestesia proposti. Non esiste limitazione al numero di accessi; tuttavia, il ciclo di ricovero deve rimanere quanto più possibile limitato ad un numero massimo di tre accessi, comprensivi della diagnostica preoperatoria, dell'intervento e di una eventuale valutazione post-chirurgica. Infatti, il rimborso emergente è omnicomprensivo, indipendentemente dal numero di accessi. È possibile prevedere

il pernottamento del degente, per una sola notte e limitatamente all'accesso coincidente con l'intervento chirurgico, al fine di: a) garantire un adeguato periodo di osservazione post-operatoria, quando necessario; b) effettuare in regime di Day-Surgery interventi gravati da una significativa incidenza di complicanze; c) garantire l'accesso a tale modalità di ricovero anche a degenti con residenza lontana o a degenti non dimissibili per motivazioni di ordine sociofamiliare o psicologico.

### Allegato 1

Elenco degli interventi e delle procedure chirurgiche eseguibili in regime di day-surgery (dgrc 6490 del 30.11.01)

DRG (col.1)	DESCRIZIONE (col.2)	NOTE (col.3)	Pazienti in Day Surgery attesi da ciascun erogatore e sul tot. Casi dei DRG (col.4)	Pazienti in ricovero ordinari o attesi da ciascun erogatore e sul tot. Casi dei DRG (col.5)	INTERVENTO O PROCEDURE AMMESSE IN DAY SURGERY (col.6)
6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE		70	30	04.43
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		35	65	12.00,12.01,12.02,13.11,13.19,13.2,13.3,13.41,13.42,13.43,13.51,13.59,13.70,13.71,13.72,13.8
41	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' >DI 17		40	60	Da 08.31*08.36,09.6,09.81,09.82,09.83,10.32,10.33,10.41,10.42,11.39,12.84,12.87,15.29,15.31,15.4,15.5
42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' >DI 18		40	60	Da 08.31*08.36,09.6,09.81,09.82,09.83,10.32,10.33,10.41,10.42,11.39,12.84,12.87,15.29,15.31,15.4,15.5
57	INTERVENI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA E ETA' >18	Con pernottamento	70	30	26.2,28.3,28.6,28.4,28.92

58	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEP TO SOLO TONSILLECTOMIA 70E/O ADENOIDECTOMI A E ETA' >17	Con pernottament o	70	30	26.2.28.3,28.6,28.4,28.93
59	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMI A E ETA' >17	Con pernottament o	70	30	26.2.28.3,28.6
60	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMI A E ETA' <18	Con pernottament o	70	30	26.2.28.3,28.6
11	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		50	50	38.50,38.59,38.69
15	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC		50	50	45.33,45.41,46.40,45.41,46.42,48.35,48.41,48.82,48.91,48.92,48.93,49.01,49.02,49.11,49.12,49.39,49.46,49.49,49.51,49.52,49.99,49.71,49.72,49.73,49.91,49.92,49.93
16	INTERVENTI PER ERNIA ECCEP TO INGUINALE E FEMORALE ETA' > 17 SENZA CC		20	80	53.41,53.49,53.51,53.59,53.69
16	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' > 17 SENZA CC		40	60	Da 53.00 a 53.05,da 53.10 a 53.17, 53.21,53.29,53.31,53.39
16	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE ETA' <18		40	60	Da 53.00 a 53.05,da 53.10 a 53.17, 53.21,53.29,53.31,53.39 53.41,53.49, 53.51,53.59,53.69
22	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC		30	70	78.96,80.46
22	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEP TO INTERV. MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC		30	70	77.23,77.33,77.83,78.03,78.13,78.33,78.43,78.53,78.73,78.93,80.42,81.93,83.63
22	INTERVENTI SUL PIEDE		40	60	04.44,77.04,77.28,77.38,da 77.51 a 77.54, da 77.56 a 77.59, 77.68,77.78,77.88,77.98,78.08,78.18,78.28,78.38,78.48,78.58,78.78,78.9 8,80.18,80.48,80.78,80.88, 80.98,81.94,83.11,84.11
22	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC		30	70	543,81.95,83.01,83.02,83.03,83.09,83.13,83.14,83.21,83.31,83.32,83.39, da83.41 a 83.44,83.49,83.5,83.61,83.62,83.64,83.65, da83.71 a 83.76,83.81,83.82,83.83,83.91
22	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEP TO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC		30	70	04.43,77.04,77.24,77.34,77.44,77.64,77.74,77.84,77.94,78.04,78.14,78.24,78.34, 78.44,78.54,78.74,78.94,80.43,80.44,80.73,80.74,80.83,80.84,81.25 a 81.28, 82.02,82.03,82.11,82.12,82.19,82.21,82.22,82.23,da 82.31*82.36,82.39, da82.41 a 82.46, da82.51 a 82.59, 82.78, da82.81 a 82.86, 82.89,82.91,84.01,84.02,86.62, 86.85

La compilazione del diario clinico dovrà avvenire con le stesse modalità previste per il Day-Hospital.

Le linee guida a cui attenersi, relativamente al percorso assistenziale da seguire, sono quelle emanate dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2002. In particolare: a) la Day-Surgery deve essere esclusivamente dedicata ad attività elettive; 2) è indispensabile attenersi alle procedure assistenziali di seguito elencate; 3) va garantita la continuità dell'assistenza, anche dopo il ritorno del degente al domicilio. Il percorso assistenziale va organizzato come segue: 1) Fase di ammissione: dopo le procedure amministrative, vanno eseguiti l'anamnesi, l'esame obiettivo, le indagini diagnostiche preoperatorie ritenute indispensabili e la visita anestesiológica; il Chirurgo e l'Anestesista procederanno poi alla valutazione di eleggibilità; 2) Fase di cura: vanno definiti protocolli assistenziali, oltre che per l'attività strettamente chirurgica, anche per il monitoraggio pre- e post-operatorio; per l'effettuazione delle prestazioni, è richiesto il consenso informato e documentato del paziente; oltre che gli aspetti comuni a tutta la pratica chirurgica, nella fattispecie il consenso dovrà riguardare anche quelli relativi al tipo di intervento ed al tipo di anestesia prescelta e quelli relativi al rischio connesso con una dimissione precoce; sia i criteri di selezione/esclusione che i protocolli assistenziali prescelti andranno preventivamente sottoposti al vaglio della Direzione Sanitaria, prima di essere adottati; 3) Fase di dimissione: all'atto della dimissione, va necessariamente consegnata al paziente una relazione destinata al

## Allegato 3

## Elenco dei 58 drg "potenzialmente inappropriati"

(volumi % attesi in Ricovero Ordinario ed in DH/DS in Regione Campania)

DRG	Descrizione	% R.O.	% DH
6	Decompressione tunnel carpale	30	70
19	Malattie dei nervi cranici e periferici no CC	48	52
25	Convulsioni e cefalea	30	70
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	65	35
40	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17 anni	60	40
41	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17 anni	60	40
42	Interventi strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino	76	24
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	90	10
57	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 18	30	70
58	Interventi su tonsille ed adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30	70
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30	70
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età <18	30	70
65	Turbe dell'equilibrio	56	44
119	Legatura e stripping di vene	50	50
131	Malattie vascolari periferiche no CC	53	47
133	Aterosclerosi no CC	45	55
134	Iperensione	35	65
142	Sincope e collasso	52	48
158	Interventi su ano e stoma	50	50
160	Interventi ernia, no inguinale e femorale, età >17 anni senza CC	80	20
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 anni no CC	60	40
163	Interventi per ernia età 0-17 anni	60	40
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 anni no CC	45	55
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 anni	56	44
187	Estrazione e riparazione dentaria	31	69
208	Malattie delle vie biliari	57	43
222	Interventi sul ginocchio	70	30
232	Artroscopia	60	40
243	Afezioni mediche del dorso	58	42
261	Interventi sulla mammella non per neoplasia eccetto biopsia ed escissione locale	60	40
262	Biopsia mammella ed asportazione locale no neoplasie maligne	60	40
267	Interventi perianali e pilonidali	60	40
270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC	22	78
276	Patologie non maligne della mammella	14	86
281	Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 anni no CC	28	72
282	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0-17 anni	19	81
283	Malattie minori della pelle con CC	87	13
284	Malattie minori della pelle no CC	36	64
294	Diabete età >35 anni	45	56
301	Malattie endocrine no CC	21	79
324	Calcolosi urinaria no CC	51	49
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 anni no CC	40	60
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età < 18 anni	60	40
364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione no tumore maligno	50	50

Medico Curante, in cui siano esplicitati i dati salienti del ricovero, la terapia prescritta ed indicazioni per la gestione di eventuali complicanze. La relazione dovrà anche contenere: 1) modalità e comportamenti da seguire per i controlli successivi; 2) modalità e comportamenti da seguire per ottenere l'assistenza richiesta in caso di necessità ed urgenza, dopo la dimissione. In caso di ritorno del paziente alla Uo per motivi di urgenza, insorti dopo la dimissione, per l'erogazione dei trattamenti necessari potrà essere utilizzato il personale medico ed infermieristico in turno di guardia, supportato, se necessario, da quello in turno di pronta disponibilità. È però consigliabile che il medico responsabile della dimissione si renda reperibile, quantomeno telefonicamente, per le 24 ore successive alla dimissione stessa. Qualora la complicità insorta consigli il trasferimento del degente steso dalla modalità di Ricovero in Day-Surgery a quella di Ricovero Ordinario: 1) andranno chiuse la cartella clinica di Day-Surgery e la relativa sdo; per la chiusura della sdo, alla voce "Modalità di Dimissione", andrà digitato il codice 7 ("Trasferito ad altro regime dello stesso Istituto"); 2) andrà aperta una nuova cartella clinica di Ricovero Ordinario, corredata dalla relativa sdo, con nuovo numero nosografico; su tale sdo, alla voce "Provenienza del paziente", andrà digitato il codice 7 ("trasferito da altro regime di ricovero dello stesso istituto") ed alla voce "Tipo di ricovero" andrà digitato il codice 6 ("trasferito da Day-Surgery"). Sulla sdo di Ricovero ordinario andranno poi annotate le procedure eseguite nel corso del ricovero in Day-Surgery, compreso l'intervento chirurgico, con le relative date. Il programma di controllo delle schede sdo tratterà



**ESAMI PREOPERATORI:**

- Normali
- Patologici .....

**VISITA ANESTESIOLOGICA:**

- Eleggibilità  si
- no motivo .....

**IL PAZIENTE ACCETTA LA MODALITA' DI DAY-SURGERY?**

- si
- no motivo .....

**SECONDO ACCESSO**

Data ..... Ora Ingresso ..... Ora Uscita .....

TIPO DI INTERVENTO .....

Ora di Entrata in S.O. .... Ora di Uscita dalla S.O. ....

ANESTESIA:  Preanestesia  si  no Farmaco usato .....

Topica/locoregionale Farmaco usato .....

Generale Farmaco usato .....

Somministrazione eventuale di altri farmaci .....

COMPLICANZE:  si  chirurgiche .....

anestesiolgiche .....

no

DIMISSIBILITÀ:  si  no Ora dichiarazione di dimissibilità .....

**TERZO ACCESSO**

Data ..... Ora Ingresso ..... Ora Uscita .....

VISITA CHIRURGICA E MEDICAZIONE: .....

COMPLICANZE:  si .....

no

DIMISSIONE DEFINITIVA:  si .....

no motivo .....

dici mesi dall'entrata in vigore del Regolamento, un primo step valutativo, al quale dovranno seguire valutazioni periodiche semestrali per gli anni successivi. In prima istanza, si è scelto di utilizzare indicatori generici, riservando quelli maggiormente specifici, selettivi per le singole specialità, alle fasi successive. Gli indicatori prescelti per la

valutazione a dodici mesi sono i seguenti:

- Indice di rotazione per posto letto (2005 vs 2004)
- N. giorni/anno di funzionamento della struttura (2005 vs 2004)
- Tasso di occupazione dei posti letto (2005 vs 2004)
- Variazione dell'Indice di Copertura (2005 vs 2004)
- Variazione dell'Indice di Tra-

- sferimento (2005 vs 2004)
- % di D.S. con ricorso al pernottamento (2005 vs 2004)
- N. di R.O. post-D.S. per insorgenza di complicanze (2005 vs 2004)
- Grado di soddisfazione dell'utenza

**5. Conclusioni**

Nell'attuale contesto sanitario, il ricorso a modalità di ricovero alternative a quella ordinaria (e, in particolare, al Ricovero Diurno) è uno degli strumenti utili all'Ospedale per ovviare alla scarsità di risorse e, nel contempo, per garantire una sempre maggiore attenzione alla soddisfazione del paziente-cliente. Quando correttamente utilizzati, infatti, Day-Hospital e Day-Surgery possono garantire la riduzione del fabbisogno di personale infermieristico, la riduzione dei costi e la riduzione delle liste di attesa, senza dover ricorrere ad investimenti eccessivamente onerosi.

Basandosi su questi presupposti, la nostra Azienda ha ritenuto che la redazione di un Regolamento interno per le attività di ricovero diurno fosse uno strumento utile non solo per uniformare i comportamenti degli operatori, ma anche per implementare fra gli operatori stessi la cultura dell'efficienza e dell'attenzione alla soddisfazione del paziente, al momento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Saranno naturalmente i risultati prodotti negli anni a venire a quantificare il successo dell'iniziativa; tuttavia, anche qualora esso non raggiungesse le dimensioni attese, avrà comunque rappresentato un segnale di cambiamento di rotta, utile per contribuire a "risvegliare" le motivazioni degli operatori, troppo spesso sopite nella convinzione che alcune consuetudini, radicate nel tempo, non siano in alcun modo modificabili.

## 9. Bibliografia

- S. Esposito, V. Leonessa, M. Salvarezza, S. Canonico, M. Olivieri, L. Renzulli: "Il Ricovero Diurno". Parte prima: Tecnica Ospedaliera F5; 120, 2005- Parte seconda: Tecnica Ospedaliera F8; 96, 2006.
- K. Davis, G. Anderson: "Is cost containment working?" Health Affairs, Fall 1994
- P. Caltagirone, G. Fontana, G. Monza, L. Renzulli.: "Nuove modalità di assistenza differenziata: la Day Surgery". Tecnica Ospedaliera 10:42, 1995
- M. Michallink: "The European hospital landscape. International comparison and strategic frameworks" J Eur Private Hospital, Spring 1996
- Gruppo di studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: "Raccomandazioni per l'anestesia in Day-Hospital". Min Anestesiologia 1997; 63:287-90
- S. Canonico, F. Campitiello, F. Pacifico, D. Sepe, V. Lauletta: "Day care surgery of varicose veins in elderly patients". Vascular Surg 30:387, 1999
- A.O. S. Maria di Terni: "Regolamento per l'Unità di Day-Surgery" - Terni 1999
- CeRGAS Università Bocconi: "Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della Day Surgery nell'ambito delle Regioni" - Milano Febbraio 2000
- D James: "Patient perceptions of Day Surgery". Br J Perioper Nurs 2000 Sept; 10(9): 466-72
- Ministero della Sanità: "Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno" - Roma Febbraio 2001
- Regione Campania - ARSAN: "Protocolli diagnostico-terapeutici in Day-Surgery: studio degli effetti sulla gestione in termini clinici, organizzativi, operativi ed economici - Manuale di diffusione dei risultati" - Napoli

Tab. 6  
Modulistica per l'intervista telefonica

RIVOLTA A ..... IN DATA .....

Ha eseguito la cura domiciliare prescritta?  sì  
 no motivo .....

Nella notte dopo l'intervento, ha richiesto consigli telefonici?  
 no  al Medico di Medicina Generale  alla Guardia Medica  
 al Chirurgo che mi ha operato  ad altro Chirurgo

Quale sintomo la ha spinto a richiedere consigli telefonici? .....

Ha ricevuto visite domiciliari?  
 no  dal Medico di Medicina Generale  dalla Guardia Medica  
 dal Chirurgo che mi ha operato  da altro Chirurgo

Quale sintomo la ha spinto a richiedere la visita domiciliare? .....

Si è recato in un Pronto Soccorso Ospedaliero?  no  
 sì  nell'Ospedale dove sono stato operato  
 in altro Ospedale

Quale sintomo la ha spinto a ricorrere al Pronto Soccorso? .....

E' stato ricoverato in Ospedale?  no  
 sì  nell'Ospedale dove sono stato operato  
 in altro Ospedale

Quale sintomo ha determinato il ricovero in Ospedale? .....

Come giudica il trattamento riservatole?  
 Ottimo  Buono  Sufficiente  Insoddisfacente

Quali sono stati gli aspetti che ha trovato più soddisfacenti? .....

Quali sono stati gli aspetti che ha trovato meno soddisfacenti? .....

Ha suggerimenti in merito ad eventuali aspetti da migliorare? .....

Febbraio 2001

- F. Dexter, Blake JT, Penning DH et al: "Use of linear programming to estimate impact of changes in a hospital's operative room time allocation on perioperative variable costs" Anaesthesiology. 2002 Mar; 96(3): 718-24
- P. Stephenson: "In a day's work. The Government is opening 10 more diagnosis and treatment centres to reduce length of hospital stay, largely through day surgery". Health Serv J 2002 Aug 29; 112(5820): 9-10
- K Cox: "Who's my doctor today?" Educ Health 2002; 15(3):

370-5

- JA Dent: "Twelve tips for developing a clinical teaching programme in a daysurgery unit" Med Teach 2003 Jul; 25(4): 364-7
- LJ Panis, FW Verheggen, P Pop, MH Prins: "Appropriate length of extended day care". Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004;17(2-3):81-6
- M Rodler, L Barbieri, B Perticarra et al: "The impact of day surgery on primary care" Ig Sanità Pubbl 2004 Jan-Apr; 60(1-2): 63-74