

La presente deliberazione non comporta impegno di spesa.

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel testo del presente provvedimento sono depositati presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale - Ufficio Politiche della Formazione e della Qualità che ne curerà la conservazione nei modi di legge.

#### REGIONE BASILICATA

Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale  
Ufficio Politiche della Formazione e della Qualità

#### ALLEGATO A

##### CORSI OTA

- A.U.S.L. n. 1  
Corsi autorizzati: n. 1 c/o Ospedale di Melfi  
n. 1 c/o Ospedale di Venosa
- A.U.S.L. n. 4  
Corsi autorizzati: n. 3 c/o Ospedale di Matera
- A.U.S.L. n. 5  
Corsi autorizzati: n. 1 c/o  
Ospedale di Policoro
- Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo"  
Corsi autorizzati: n. 1 c/o  
Ospedale San Carlo
- CROB di Rionero in Vulture  
Corsi autorizzati: n. 1 c/o Ospedale  
di Rionero in Vulture

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1565.

**Linee guida per l'attivazione e il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (Day Hospital) e per l'attivazione dell'assistenza Chirurgica a ciclo diurno (Day Surgery).**

#### LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 517/93, che, all'art. 4, comma 10, affida alle regioni il compito di provvedere alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 412/91, che prevedono, tra l'altro, l'adozione del modello delle aree funzionali con presenza obbligatoria di posti letto di assistenza a ciclo diurno;

#### TENUTO CONTO:

- della necessità di rivedere ed integrare la programmazione e la riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera regionale in termini di scelte di modelli organizzativi più consoni alle richieste di salute dei cittadini, che rispondano a criteri di efficacia, efficienza ed economicità;
- dell'esigenza di procedere a ricercare ed attuare forme di assistenza sanitaria alternativa al ricovero ordinario, di pari o superiore efficacia, quali quelle offerte dal modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera diurna;

RICHIAMATA la legge 662/96, articolo 1, comma 4, che prevedeva che le regioni provvedessero a incrementare i P.L. equivalenti di assistenza ospedaliera a ciclo diurno fino ad una dotazione media regionale non inferiore al 10 % della dotazione standard per acuti, prevista dalla normativa vigente;

DATO ATTO che a seguito di tale normativa le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Basilicata hanno, di fatto, avviato una rimodulazione della propria dotazione di posti letto, anche in virtù del loro tasso di utilizzo, ed avviato, se pur in maniera differente questa modalità di erogazione dell'assistenza;

RILEVATO che il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000, nel tracciare linee di indirizzo generali per la razionalizzazione ed il miglioramento dei servizi sanitari pubblici indica, fra le strategie per il cambiamento del sistema, la individuazione di quelle forme di assistenza che, pur rispondendo al principio dell'efficacia clinica, risultano inappropriate rispetto alle specifiche necessità assistenziali, in quanto sproporzionate nei tempi, nelle modalità di erogazione o nella quantità di prestazioni fornite, nonché gli interventi e le prestazioni comunque sostituibili da altre con un rapporto costo - efficacia più soddisfacente, facendo esplicito riferimento a quelle prestazioni attualmente erogate in degenza ospedaliera che potrebbero essere più appropriatamente fornite in regime di assistenza diurna e ambulatoriale;

VISTO il PSR 1997/1999;

RILEVATO che tale documento

- delinea le politiche per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, in relazione anche alla necessità clinica ed assistenziale dei servizi, alla appropriatezza e alla tempestività degli interventi e alla rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari;
- indica gli obiettivi di innovazione e di modernizzazione del sistema relativamente ai servizi offerti, alle forme della produzione dei servizi stessi ed alle modalità della loro offerta ai cittadini;
- individua una serie di programmi speciali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, fra i quali quello finalizzato all'avvio delle attività di chirurgia di giorno (day surgery), le quali sono dirette a:
  - facilitare i pazienti e le loro famiglie, da un punto di vista psicologico e sociale, riducendo la durata della degenza e assicurando pari efficacia dei trattamenti associata a maggiore appropriatezza;
  - ridurre le complicitanze legate all'ospedalizzazione prolungata;
  - semplificare le procedure di accesso ai servizi, assicurando tempi di risposta sanitaria più rapidi e conseguentemente ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici;
  - facilitare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio creando una continuità tra il domicilio e l'ospedale;
  - ottimizzare l'utilizzo delle risorse;

CONVENUTO che l'attività di chirurgia di giorno rappresenta uno degli elementi fondamentali, in termini di scelte di modelli organizzativi, più consoni alle richieste di salute dei cittadini per quanto concerne la riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera regionale;

RITENUTO, quindi, sulla base delle considerazioni sopra esposte ed in attuazione delle disposizioni del Piano Sanitario Regionale 1997-1999, di promuovere l'attività di ricovero a ciclo diurno adottando specifiche linee guida, che allegate alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale, dirette a garantire l'attivazione ed il funzionamento,

secondo criteri omogenei, di tale modello organizzativo, richiedendo contestualmente alle Aziende, anche laddove avessero già regolamentato la propria attività, di verificarne, per eventualmente adeguarla, se non conforme, alle norme presenti;

RITENUTO, altresì, che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali recepiscano i contenuti della presente deliberazione con atto proprio dandone comunicazione allo scrivente Ufficio;

RECEPITI suggerimenti ed integrazioni delle Aziende regionali;

STABILITO di demandare a successive determinazioni dirigenziali eventuali aggiornamenti degli allegati alle presenti linee guida;

Su proposta dell'Assessore al Ramo;

DELIBERA

- 1) di approvare le "linee guida per l'attivazione e il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (day hospital) e per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery)" di cui all'allegato, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, quali indicazioni generali alle Aziende Sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di day hospital e day surgery;
- 2) di inviare le predette linee guida alle aziende sanitarie che le recepiranno con atto proprio, eventualmente adeguando regolamenti precedenti, e ne daranno comunicazione allo scrivente Ufficio;
- 3) di demandare a successive determinazioni dirigenziali eventuali aggiornamenti degli allegati alle presenti linee guida.

Tutti gli atti cui è fatto riferimento nella presente deliberazione sono depositati presso il competente Dipartimento che ne curerà la conservazione nei modi di legge.

REGIONE BASILICATA  
*Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale*

**LINEE GUIDA PER IL CORRETTO  
FUNZIONAMENTO E POTENZIAMENTO  
DEI POSTI LETTO DI ASSISTENZA A CICLO DIURNO  
(DAY HOSPITAL)**

## Art. 1

**Definizione**

Il Day Hospital (D.H.) è un modello organizzativo e operativo finalizzato al ricovero, di norma di durata inferiore alle 12 ore, di pazienti che necessitano di prestazioni multiple e/o complesse di carattere diagnostico, terapeutico, riabilitativo, le quali, per loro natura, non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata. Il D.H. rappresenta quindi una alternativa alla degenza in regime ordinario, e in nessun caso può configurarsi come sostituto dell'assistenza effettuabile in forma ambulatoriale. Tali prestazioni devono essere programmabili e pertanto non possono essere erogate in regime di DH prestazioni correlate con l'emergenza urgenza.

Il DH è attuato in ambito ospedaliero o comunque, in caso di utilizzazione di spazi separati, va garantito il coordinamento funzionale da parte di un presidio.

## Art. 2

**Finalità**

Il D.H. risponde a tre esigenze fondamentali:

1. **umanizzare l'assistenza**, ossia fornire al paziente un trattamento appropriato in ambiente protetto, evitando il ricovero notturno nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto/consigliato dal punto di vista clinico;
2. **razionalizzare l'assistenza**, ossia permettere all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza.
3. **facilitare il percorso** assistenziale del paziente (continuità)

## Art. 3

**Caratteristiche**

L'attività assistenziale a ciclo diurno erogabile a livello di D.H. è caratterizzata da:

1. ricoveri programmati (o cicli), costituiti da accessi (o giornate di presenza) singoli o ripetuti, anche non consecutivi;

2. accessi giornalieri di durata non superiore alle 12 ore;
3. erogazione di prestazioni multispecialistiche e pluriprofessionali.

## Art. 4

**Tipologie di day-hospital**

In base alla motivazione del ricovero e al contenuto assistenziale si riconoscono 4 tipologie fondamentali di D.H.:

1. D.H. a indirizzo prevalentemente diagnostico: il ricovero è finalizzato all'effettuazione di accertamenti diagnostici multispecialistici e/o di particolare complessità e/o richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si rende necessaria una osservazione sanitaria in ambiente ospedaliero protratta per alcune ore. Gli accertamenti diagnostici, siano essi diretti all'inquadramento o al follow-up di quadri morbosi prespecificati, corrispondono a protocolli definiti a priori e autorizzati dall'Azienda Sanitaria all'atto dell'istituzione e del riconoscimento formale dei PL di D.H.
2. D.H. a indirizzo prevalentemente terapeutico: è finalizzato al ricovero di pazienti affetti da patologie ad andamento cronico-evolutivo che richiedono trattamenti con mezzi strumentali complessi (ad esempio radioterapia, ecc.) o somministrazione controllata di farmaci particolari (ad esempio chemioterapia).
3. D.H. chirurgico: è destinato al ricovero di pazienti che necessitano di interventi chirurgici o di procedure diagnostiche invasive che richiedono l'utilizzazione della sala operatoria. Gli interventi e le procedure in questione devono essere ricompresi nella classificazione delle procedure chirurgiche atte a identificare i DRG chirurgici. L'assistenza in costanza di D.H. chirurgico è articolata, di norma, su più accessi, in quanto ricomprende, oltre all'effettuazione dell'intervento, anche gli esami pre-operatori e il controllo post-operatorio.
4. D.H. a indirizzo prevalentemente riabilitativo: è finalizzato all'effettuazione di prestazioni complesse di recupero e rieducazione funzionale a favore di pazienti affetti da deficit funzionali consolidati o in fase evolutiva.

## Art. 5

**Regolamentazione dell'attività**

L'attività di D.H. è disciplinata mediante apposito regolamento, approvato dall'Azienda Sanitaria, in cui sono specificati:

1. i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali per lo svolgimento delle attività in regime di DH;
2. le procedure per l'attivazione e il riconoscimento formale dei posti letto di D.H.;
3. la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno, con particolare riferimento a:
  - modalità di accettazione e dimissione dei pazienti
  - documentazione clinica
  - rapporto del D.H. con gli altri servizi dell'Ospedale
  - rapporti con il medico di base
  - somministrazione di farmaci
  - divieti
  - valutazione dell'attività.

1. *Requisiti strutturali, organizzativi e funzionali*

Ai fini programmatori e organizzativi, i posti letto di D.H. sono equiparati ai posti letto ordinari.

Ciò comporta che:

- i nuovi P.L. di D.H. possono essere attivati solo mediante la conversione di un numero corrispondente di posti letto ordinari;
- il numero di posti letto di D.H. deve rispettare la media regionale del dieci per cento del numero di posti letto di dotazione ordinaria;
- gli spazi e il personale dedicato all'assistenza a ciclo diurno devono essere chiaramente identificati anche qualora il personale sia destinato allo svolgimento di altre attività;
- ai fini della determinazione del numero di posti letto e dell'autorizzazione al funzionamento del D.H., devono essere specificati a priori le patologie trattabili, i protocolli diagnostico - terapeutici ad esse relativi e il numero di casi annui attesi;
- i posti letto destinati alle attività di DH devono funzionare, di norma, per non meno di 250 giorni e su ciascun posto letto autorizzato non possono essere trattati, per ciascuna giornata di attività, più di due casi.

2. *Procedure per l'attivazione e il riconoscimento formale dei posti letto di Day Hospital*

Ogni Azienda Sanitaria, in conformità con quanto previsto nel presente Atto, è tenuta ad adottare un proprio Regolamento per l'assistenza in regime di D.H., qualora non abbia già provveduto; in quest'ultimo caso sarà tenuta alla verifica della rispondenza con le presenti "Linee guida".

I posti di D.H. sono autorizzati al funzionamento con apposito atto deliberativo dell'Azienda, previa verifica della loro rispondenza alle norme fissate.

Anche la chiusura di posti letto di D.H., così come l'attivazione di nuovi posti, deve essere autorizzata e deliberata dall'Azienda Sanitaria. I posti letto di D.H. attivati e disattivati nonché i regolamenti adottati per l'assistenza in regime di D.H. devono essere comunicati al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale.

3. *Disciplina dell'assistenza a ciclo diurno*

3.1 ACCETTAZIONE DEI PAZIENTI

L'accettazione viene disposta da un medico dell'Unità Operativa cui appartiene il D.H., in base ad una proposta di ricovero in DH formulata dallo specialista, ospedaliero o territoriale, o dal medico di medicina generale.

3.2 DIMISSIONE DEI PAZIENTI

Al termine del ricovero la dimissione viene effettuata secondo le stesse modalità previste per i ricoveri ordinari. In particolare, deve essere predisposta la lettera di dimissione da inviare al medico curante, in ossequio al criterio di assicurare continuità assistenziale. In caso di trasferimento del paziente dal D.H. alla degenza ordinaria (e viceversa) il paziente deve essere dimesso e deve essere aperta una nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e una nuova cartella clinica.

3.3 DOCUMENTAZIONE CLINICA

Per ciascun ricovero in D.H. deve essere assegnato un numero di ricovero e deve essere compilata una cartella clinica e la relativa scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Tale documentazione clinica è soggetta alle medesime norme regolamentari che valgono per i ricoveri ordinari.

### 3.4 RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI DELL'OSPEDALE

Data la sostanziale equivalenza tra il ricovero D.H. e il ricovero ordinario, l'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici ed alle consulenze eventualmente necessarie per il trattamento del caso, effettuando i diversi interventi specialistici quanto possibile, in un unico accesso, segue la stessa organizzazione prevista per il ricovero ordinario.

### 3.5 RAPPORTI CON IL MEDICO DI BASE

Il medico di base del paziente ricoverato in D.H. deve essere periodicamente informato circa le attività assistenziali che vengono effettuate e aggiornato sulla situazione clinica mediante il modulo di "Relazione specialistica".

### 3.6 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

In relazione all'equivalenza delle attività prestate in regime di D.H. con le attività di ricovero ordinario, le somministrazioni di farmaci non sono soggette a partecipazione alla spesa da parte del paziente. Durante il periodo di durata del ciclo di cura programmato possono essere concessi dall'ospedale, ovvero distribuiti da altri soggetti (farmacie pubbliche e private), secondo protocolli d'intesa da definirsi a livello regionale senza partecipazione alla spesa, anche eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero. Il medico specialista che dimette è tenuto alla eventuale prescrizione dei farmaci su ricettario regionale.

### 3.7 DIVIETI

E' vietato effettuare, in regime di D.H., singoli esami o prestazioni assistenziali svolte in via estemporanea a pazienti non presi in carico regolarmente.

### 3.8 DATI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA'

L'attività in D.H. viene valutata in base ai posti letto, ai ricoverati, ai dimessi e alle giornate di presenza (o accessi). Il ricovero si apre con il primo giorno di presenza (data di ammissione) e si conclude con la data dell'ultimo contatto con il D.H. (data di dimissione). Per convenzione ed ai fini

statistici, ogni anno vanno chiuse le cartelle cliniche dei ricoveri in DH ancora in atto al 31 Dicembre e riaperti al primo accesso dell'anno successivo.

Nel caso di patologie croniche ad evoluzione a lungo termine, comportanti ripetuti accessi per lunghi periodi di tempo a scopo terapeutico (ad esempio, neoplasie maligne, emopatie ereditarie, AIDS, neuropatie invalidanti sottoposte a riabilitazione, ecc.), per ricovero si deve intendere il singolo ciclo che conclude un programma terapeutico. Qualora non sia individuabile un criterio clinico per la definizione della durata del ricovero (ciclo), per convenzione la stessa si protrae per tutta la durata dell'anno solare ferma restando la chiusura dei ricoveri al 31 dicembre e la riapertura nell'anno successivo.

#### Art. 6

#### **Aspetti economici**

Per la valorizzazione economica delle prestazioni rese in regime di Day Hospital vengono applicate le tariffe stabili dal DM 30.06.97.

REGIONE BASILICATA  
*Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale*

**LINEE GUIDA  
PER L'ATTIVAZIONE  
DELL'ASSISTENZA CHIRURGICA  
A CICLO DIURNO (DAY SURGERY)**

## Premessa

Le profonde modificazioni tecnologiche degli ultimi vent'anni in campo diagnostico e terapeutico hanno cambiato radicalmente gli approcci sanitari a molti problemi di salute.

Emergono anche nuovi modelli assistenziali ed organizzativi che ben si adattano alla necessità di migliorare la risposta ai bisogni dei cittadini mediante la diversificazione delle offerte terapeutiche/assistenziali in funzione della diversa intensità delle cure necessarie.

In ambito chirurgico la mancanza di diversificazione nell'approccio a pazienti con diversa gravità o complessità si traduce spesso in disagio per i cittadini e, non secondariamente, in un non necessario consumo di giornate di degenza e di altre risorse.

Il modello offerto dalla day surgery, reso possibile dalla evoluzione delle tecniche chirurgiche e anestesologiche, può rappresentare una soluzione per un uso più appropriato e razionale delle risorse in tale ambito.

Tale modello organizzativo si va affermando in tutti i paesi occidentali, pur con diversa capacità di penetranza. La day surgery è complessivamente fenomeno in espansione, espressione di una generale tendenza alla razionalizzazione e alla riorganizzazione delle attività chirurgiche, che privilegia la primarizzazione delle cure e la deospedalizzazione.

Nel nostro paese, in assenza di normativa specifica, stanno nascendo esperienze di vario tipo che soprattutto in strutture sanitarie fuori regione ha evidenziato una grande varietà di approcci organizzativi (unità autonoma, unità di degenza dedicata multidisciplinare, unità di degenza dedicata monospecialistica e posti letto dedicati nell'unità di degenza ordinaria), amministrativi e tecnici, in riferimento alle aree cliniche specialistiche impegnate in tale attività e alle tipologie di intervento.

### 1. Il contesto legislativo e normativo di riferimento

La realizzazione di attività di day surgery trova legittimazione in ambito nazionale nella legge del 18 luglio 1996, n.382 "Disposizioni urgenti nel settore sanitario" e in ambito regionale da quanto proposto nel piano sanitario regionale 97-99.

Quest'ultimo documento programmatico, nell'intento di ristrutturare la rete ospedaliera, avvia un ripensamento complessivo sulle tipologie di prestazioni e di servizi socio sanitari resi disponibili per la popolazione, con l'obiettivo di predisporre un ventaglio flessibile di offerta, che tenga in particolare considerazione gli aspetti di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Un'altra opportunità, in ambito regionale, per l'avvio di nuove modalità organizzative delle cure chirurgiche, è offerta dalla "LR 27/96 con la quale si dà avvio all'istituzione dei "Dipartimenti Ospedalieri", che supera l'attuale struttura divisionale degli ospedali e propone un approccio organizzativo che si basa sulla programmazione integrata delle attività e un utilizzo razionale e condiviso delle risorse.

Le attività di ricovero ospedaliero in regime diurno sono state regolate, per la prima volta, attraverso il DPR 20/10/1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali", che stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportano la necessità di ricovero ordinario.

Per quanto riguarda invece specificamente la day surgery, l'unico riferimento legislativo è la legge 421 del 23 ottobre 1992 che prevede all'art. 1 lettera n, "appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni", ed afferma che "nell'ambito della sperimentazione gestionale deve trovare spazio (omissis) l'introduzione di metodologie orientate ad una umanizzazione dell'atto medico e ad un razionale utilizzo delle risorse, anche attraverso il ricorso a nuove modalità operative. Sono opportune, a tale proposito, sperimentazioni mirate su aspetti specifici, quali per esempio, gli interventi di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza, già largamente sperimentati in altri paesi, per una pluralità di patologie chirurgiche"

Non esiste dunque una legislazione nazionale che regolamenti le attività di day surgery e quanto proposto per l'assistenza ospedaliera a ciclo diurno non si adatta completamente a questo modello organizzativo per cui è necessario prevedere indirizzi e regolamentazioni specifiche.

A tale proposito il Consiglio Superiore di Sanità, a partire dal 1992, ha prodotto tre distinti documenti sulla base dei quali nel 1996 l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha elaborato una "Proposta per la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno".

Le definizioni che sono di seguito riportate, provengono da questa ultima fonte.

## 2. Definizione di "day surgery"

- Chirurgia ambulatoriale: individua la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria, in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.
- Chirurgia di giorno/day surgery: individua 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, locoregionale o generale. Qualora il ricovero preveda la presenza del degente per 24 ore, si parla di "one day surgery".

## 3. Obiettivi per la istituzione delle funzioni di day surgery

I principali obiettivi di questo modello di cura chirurgica nel caso di problemi chirurgici definiti dalla letteratura scientifica "minori" in relazione alle caratteristiche della patologia, alle condizioni del paziente e alle tecniche di intervento, sono i seguenti:

- facilitare i pazienti e le loro famiglie, da un punto di vista psicologico e sociale riducendo la durata della degenza e assicurando pari efficacia dei trattamenti associata a maggiore appropriatezza;
- ridurre le complicità legate all'ospedalizzazione prolungata;

- semplificare le procedure di accesso ai servizi, assicurando tempi di risposta sanitaria più rapidi e conseguentemente ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio creando una continuità tra il domicilio e l'ospedale;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;

Tali obiettivi possono essere raggiunti mediante una specifica organizzazione che consenta di erogare una assistenza chirurgica di pari efficacia rispetto a quella tradizionale. Il risparmio di risorse comporterà la conseguenza della erogazione di una assistenza migliore ai pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative.

Il concetto della centralità del paziente e della integrazione dei servizi sono i riferimenti cardine per l'organizzazione di un servizio di chirurgia di giorno. Nessun programma di potenziamento della chirurgia di giorno può essere attivato senza il convincimento e la partecipazione degli operatori, dei professionisti, dei pazienti e dei loro familiari.

Particolare rilevanza riveste il coinvolgimento dei dirigenti medici di chirurgia e delle specialità chirurgiche, di anestesia e rianimazione e dei servizi di diagnosi, con l'individuazione di responsabilità specifiche da valutare anche al momento della definizione della retribuzione di posizione e di risultato.

Il concetto della centralità del paziente e della integrazione dei servizi sono i riferimenti cardine per l'organizzazione di un servizio di chirurgia di giorno. Centralità del paziente significa programmazione delle attività intorno alle necessità ed alle aspettative dei pazienti e non intorno a quelle degli operatori e della struttura, tenuto conto delle esigenze di sicurezza ed efficacia.

Il concetto di centralità del paziente è fondamento della organizzazione e si traduce nella programmazione accurata dei tempi, delle attività e nella gestione delle informazioni (registrazione, disponibilità all'uso da parte degli operatori coinvolti, gestione dei flussi dovuti, aspetti relazionali).

La dimissione a breve termine, nella stessa giornata dell'intervento chirurgico, presuppone una alta qualità della prestazione, una assoluta garanzia di sicurezza della stessa, una ripresa totale delle funzioni psico-fisiche del paziente che può così beneficiare della possibilità di rientrare al proprio domicilio, più accogliente dal punto di vista affettivo e più idoneo alle sue necessità umane.

Nell'assistenza successiva, oltre ai familiari/accompagnatori, deve opportunamente essere coinvolto il medico di medicina generale, che deve essere informato delle eventuali richieste assistenziali da parte dei propri pazienti (ai sensi di quanto previsto dal contratto vigente).

Per consolidare il processo di avvio delle attività di day surgery è opportuno realizzare uno stretto collegamento, a livello aziendale, con i medici di Medicina Generale, anche per le fasi preliminari alla selezione del paziente.

#### **4. Risultati attesi**

Con le attività di DS si intende perseguire le seguenti finalità:

- Attivazione delle unità di degenza diurna chirurgica in tutte le aziende sanitarie.
- Eseguire in chirurgia di giorno, entro il 2002, almeno il 70% degli interventi individuati dall'elenco regionale allegato: tale obiettivo sarà incentivato dal passaggio nella fascia tariffaria di day hospital chirurgico della totalità degli interventi contenuti nell'allegato, anche se effettuati in degenza ordinaria.
- Liberare risorse per i pazienti chirurgici affetti da patologie maggiormente impegnative.
- Riduzione dell'incidenza delle infezioni ospedaliere.
- Aumentare la soddisfazione dei pazienti.

#### **5. I modelli organizzativi**

Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli:

- a) Unità autonoma di day-surgery dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi, ed altri eventuali servizi indipendenti; tale unità ha propri locali, mezzi e personale, ed è quindi autonoma dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale.

- b) Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie e locali dedicati.
- c) Posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. I pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.
- d) nel one day surgery nelle ore notturne il personale di assistenza può essere quello destinato allo svolgimento di altre attività.

#### **6. Indicazioni per la attivazione di unità di day surgery**

L'avvio delle attività di day surgery dovrà essere inquadrato nella generale riorganizzazione del settore chirurgico, con riferimento alla logica dipartimentale. Si dovranno prevedere le necessarie integrazioni funzionali fra unità operative, dipartimenti e presidi.

Per quanto attiene ai modelli organizzativi, i più efficaci al raggiungimento degli obiettivi sono l'Unità autonoma di day surgery e l'Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all'interno di un ospedale o di una casa di cura. La semplice individuazione di posti letto dedicati all'interno di unità di degenza ordinaria non configura una funzione di day surgery. Tale soluzione infatti non comporta una sostanziale riorganizzazione delle cure chirurgiche e non permette di raggiungere gli auspicati obiettivi di uso razionale ed appropriato delle risorse, mediante la diversificazione del flusso dei pazienti. Nel caso in cui l'attività venga erogata in unità autonoma di day surgery, essa deve comunque essere funzionalmente collegata ad uno stabilimento ospedaliero o ad una casa di cura, che ne assicurano anche relativamente alla sicurezza gli standard organizzativi necessari.

Le attività di day surgery, in ambito dipartimentale, possono trovare nell'individuazione di una struttura semplice dipartimentale la dimensione organizzativa più appropriata.

La efficacia della day surgery nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati è condizionata da:

- a) una accurata valutazione tecnica della eligibilità dei pazienti e della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità;
- b) una gestione dell'intero processo terapeutico/assistenziale in qualità e sicurezza;
- c) un utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale.

#### 6.1 Eligibilità dei pazienti e idoneità degli interventi

##### 6.1.1 *valutazione preoperatoria e selezione dei pazienti*

I puntuali passaggi organizzativi qui introdotti vengono approfonditi successivamente nel corso del documento.

La visita ambulatoriale chirurgica consente una prima selezione basata su criteri clinici, socio-familiari e l'orientamento del paziente ad un eventuale trattamento in day surgery. Dovrà essere acquisito il consenso informato. L'ultimo atto della fase di selezione si conclude con la visita anestesiologicala e con la prescrizione degli esami pre-operatori eventualmente necessari a completare l'iter valutativo (effettuati in regime ambulatoriale, senza oneri a carico del cittadino. La documentazione derivante fa parte integrante della cartella clinica di D.S. del paziente. Il costo di queste prestazioni è ricompreso nelle corrispondenti tariffe DRG di D.S.)

##### 6.1.2 *offerta di interventi selezionati*

Esistono numerosi elenchi di interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno, a cominciare da quello predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Tutti gli elenchi disponibili in letteratura sono comunque frutto di elaborazione e condivisione da parte dei professionisti a vario titolo protagonisti di tale modello assistenziale.

E' compito delle singole Aziende valutare la gamma di interventi erogabili in regime di chirurgia di giorno, sulla base del coinvolgimento locale dei clinici, delle condizioni organizzative, della pianificazione progressiva del trasferimento dall'ospedalizzazione ordinaria a quella diurna.

Ad ogni buon conto in allegato (all.1 e 2) vengono presentati due distinti elenchi di interventi chirurgici, elaborati da diversi gruppi di lavoro e validati dai professionisti. Tali formulazioni sono di particolare utilità nell'analisi che le Aziende dovranno condurre localmente, in quanto distinguono le pratiche chirurgiche che sul piano dell'appropriatezza sono da riservare all'attività ambulatoriale, da quelle eseguibili in chirurgia di giorno vera e propria.

#### 6.2 Gestione dell'intero processo terapeutico/assistenziale in qualità e sicurezza

La selezione dei pazienti e l'offerta di una gamma ampia ma controllata di interventi, costituiscono prerequisiti alla garanzia di sicurezza e qualità.

L'intero processo deve tuttavia essere tenuto sotto controllo. Devono essere posseduti, nello spirito di una gestione in qualità e sicurezza, con riferimento al D.P.R. 14/1/97, oltre ai requisiti organizzativi generali, i requisiti organizzativi specifici, che consentono di realizzare tale obiettivo.

6.2.1 A livello aziendale deve essere definita l'offerta terapeutica, e pianificate le specifiche attività. Per quanto riguarda la dotazione di personale sanitario, questa dovrà essere commisurata alla tipologia ed al volume degli interventi eseguiti.

6.2.2 Le responsabilità vanno chiaramente individuate. In ogni caso e per tutti i modelli organizzativi deve essere individuato un responsabile dell'assistenza infermieristica. Parimenti è opportuno prevedere un responsabile medico dell'intero processo organizzativo.

Se le attività di day surgery sono organizzate in ambito dipartimentale, attraverso una struttura semplice, si ricorda che per l'istituzione dei Dipartimenti Ospedalieri" è stabilito che il responsabile di struttura semplice abbia autonomia funzionale relativamente all'utilizzo delle risorse assegnate. Per quanto attiene invece agli aspetti clinico assistenziali, la responsabilità è attribuita alle Unità operative a cui appartengono i professionisti.

6.2.3 Gli operatori medici delle singole specialità ammesse nel programma di day surgery devono essere in possesso di dimostrata esperienza nella branca di loro competenza, con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore, praticati presso strutture di ricovero pubbliche o private.

I medici non in possesso di tali requisiti possono operare in qualità di secondo o in qualità di primo operatore, se assistiti direttamente da un collega con i requisiti sopra citati.

Gli anestesisti rianimatori dovranno possedere una pratica documentata presso strutture di ricovero pubbliche o private.

Per l'esecuzione di anestesie generali in bambini, è preferibile esperienza specifica nel settore.

Il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica documentata.

In caso di prestazioni di radiologia interventistica, deve essere presente personale tecnico specifico.

6.2.4 La day surgery deve essere in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici (attrezzature e impianti) specifici. Per essi si rimanda al contenuto del DPR 14/1/97, G.U. n. 37/97, con particolare riguardo a quanto previsto per le sale operatorie, i reparti di degenza e gli ambulatori.

#### 6.2.4.1 Requisiti prestazionali dei locali

E' funzionale al successo della day surgery la unitarietà spaziale, come presupposto per una attività organizzativamente non disgregata. La contiguità degli spazi dedicati alla selezione preoperatoria (visita chirurgica, visita anestesio-logica, richiesta esami di laboratorio e strumentali, indagine socio - anagrafica, istruzione, consenso informato e appuntamento per l'intervento) consente che tali attività si svolgano senza grandi spostamenti spaziali (e quindi, verosimilmente, in rapida sequenza). Gli operatori coinvolti (chirurgo, anestesista, infermiere, segretaria) possono più facilmente comunicare, agevolando la soluzione dei problemi in tempo reale. Negli stessi locali, e in tempi contigui, possono svolgersi le procedure di controllo e follow-up, con ulteriore ottimizzazione di tempi e

di spazi, senza obbligare il paziente a recarsi in altre sedi, diverse da quelle che già conosce. Ciò contribuisce inoltre a creare una immagine "riconoscibile" del servizio di chirurgia di giorno e di per sé favorisce il contenimento del numero degli accessi per singolo paziente.

Analogamente una unità di degenza destinata esclusivamente ai pazienti operati in day surgery permette un'assistenza omogenea di soggetti accomunati dalle stesse esigenze di sorveglianza mirata, di pronto recupero e di dimissione entro un tempo stabilito e il rispetto delle specificità organizzative su cui si basa la sicurezza e l'affidabilità della day surgery.

Infine, sale operatorie dedicate (anche secondo piani di utilizzo temporale esclusivo), permettono di evitare interferenze con l'attività chirurgica tradizionale.

Ciò consente di non considerare le attività di day surgery subordinate per priorità a quelle rivolte ai ricoverati in regime ordinario.

Accorgimenti come quelli descritti garantiscono una integrazione minima che consente di ottenere fasi di selezione e follow-up che si svolgono rapidamente, degenze in cui i pazienti sono trattati in maniera omogenea, attività chirurgiche organicamente condotte. Sarebbe auspicabile che a tale livello fossero previsti anche gli spazi per le attività gestionali (documentazione, verifiche, incontri).

L'integrazione totale, secondo il modello "hospital separated" si realizza quando gli spazi per la day surgery formano un'entità fisicamente riconoscibile e identificabile. Ciò consente il massimo della razionalizzazione delle attività, facilita il compito degli operatori e migliora l'accessibilità per i pazienti.

#### 6.2.5 *La gestione della documentazione clinica e dei dati.*

La cartella clinica deve comprendere l'intero ciclo assistenziale, dal momento del primo accesso (fase di selezione) sino all'ultimo controllo post-operatorio previsto dal protocollo terapeutico.

Tutte le prestazioni effettuate e connesse al ricovero sono ricomprese nella valorizzazione economica del singolo D.R.G.

Parte integrante della cartella clinica è la scheda di dimissione ospedaliera, SDO (D.M. 27/10/2000). Qualora il paziente non si presenti al momento dell'intervento verrà considerato dimissionario e si intende interrotto il ricovero.

L'intervento deve essere registrato sull'apposito registro operatorio.

Sul registro operatorio saranno riportati:

- dati anagrafici del paziente
- diagnosi, intervento eseguito, tipo di anestesia
- data, ora di inizio e fine dell'intervento
- nominativo e qualifica degli operatori
- eventuali complicanze intervenute durante l'intervento.

Tali elementi saranno anche riportati nella cartella clinica.

Dovrà essere predisposta una relazione clinica per il medico curante che conterrà dati relativi alla procedura eseguita, altre note di rilievo eventualmente emerse, la prescrizione terapeutica proposta e recapito telefonico della struttura di day surgery e del reparto referente per eventuali necessità.

Dovrà essere definita la struttura e le regole per il trattamento dei dati necessari per la gestione, la verifica di qualità, il miglioramento dei risultati delle attività in day surgery.

Devono essere definite le procedure essenziali per l'organizzazione delle attività tecnico-professionali e di supporto. In questa sede si approfondiscono le fasi fondamentali di particolare significato nella costruzione del modello di funzionamento dell'unità di Chirurgia di Giornata:

### 6.3 Selezione

La selezione dei pazienti da trattare i DS si basa essenzialmente su:

#### 6.3.1 Criteri clinici

Il medico chirurgo valuterà le condizioni cliniche generali del paziente, e in relazione alla tipologia dell'intervento chirurgico, l'opportunità del ricorso alla day surgery. Di norma si fa riferimento alla classificazione dell'American Society of Anesthesiology (ASA), e le indicazioni generali riguardano le classi I e II: si tratta di

pazienti in buone condizioni generali (I classe), o con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività, nonché quelli con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (II classe).

#### 6.3.2 Criteri socio-familiari

Nel corso della visita chirurgica, che pone le indicazioni al trattamento, vengono raccolte le prime informazioni circa le condizioni generali del paziente e tutte le notizie di ordine familiare e logistico per poter decidere l'ammissione al programma. In particolare è opportuno accertarsi che il domicilio, permanente o temporaneo, del paziente non sia lontano dalla struttura ospedaliera e comunque il tempo di percorrenza ed il luogo di domicilio dovranno permettere un tempestivo ricorso alle cure in caso di necessità.

E' altresì indispensabile che sia accertata la disponibilità dei familiari ad una adeguata presenza accanto al congiunto per poter assisterlo specie nelle prime 24 ore. I congiunti vanno edotti, come il paziente, degli eventuali problemi che potrebbero insorgere e dei rimedi da adottare. Deve prevedersi la possibilità d'uso di un telefono.

### 6.4 Consenso informato

Il consenso deve assumere il significato di accettazione dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità sull'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate.

L'informazione dovrà essere accompagnata da una serie di documenti quali:

- un opuscolo informativo preliminare di carattere generale
- un opuscolo informativo da consegnare dopo l'intervento, contenente le indicazioni, i comportamenti da adottare in caso di complicanze, i tempi di ripresa delle normali e più comuni attività
- l'autorizzazione scritta all'intervento

Il paziente ed il familiare/accompagnatore debbono quindi essere dettagliatamente informati sul significato della chirurgia di giornata, sulle modalità relative alla dimissione nel giorno stesso dell'intervento e sui possibili trattamenti alternativi (ricovero ordinario), sulle necessità assistenziali del post-operatorio.

E' opportuno far seguire all'informazione verbale la consegna di un opuscolo riassuntivo di semplice lettura.

Occorre che il medico ed il responsabile infermieristico siano disponibili a rispondere a tutti i quesiti che saranno loro sottoposti, e si accertino che il paziente abbia ben compreso i vari aspetti relativi alle modalità del trattamento proposto.

Non è opportuno prevedere un trattamento in regime di chirurgia di giorno per un paziente poco recettivo o comunque psicologicamente non disponibile.

#### 6.5 Ammissione

La chirurgia di giorno è una modalità organizzativa dell'assistenza in ospedale e come tale viene proposta dallo specialista ospedaliero. Viene programmata la data di esecuzione delle eventuali indagini di laboratorio e strumentali, nonché della visita anestesiológica, e conseguentemente dell'intervento chirurgico. La visita anestesiológica valuta il rischio operatorio e la definitiva selezione al trattamento, formula il piano di anestesia e ottiene per questo il consenso informato.

E' compito del chirurgo, in caso di anestesia da lui stesso praticata, l'ottenimento del consenso informato all'anestesia settoriale.

#### 6.6 Fase operatoria

La esistenza di appositi protocolli per la gestione dell'emergenza-urgenza costituisce requisito ineludibile, sia per quanto riguarda gli interventi sanitari da attuarsi nell'immediato, sia per quanto riguarda l'eventuale trasferimento del paziente in reparti di terapia intensiva.

Con questi reparti o reparti di degenza ordinaria, cui riferire il paziente in caso di non dimissibilità, devono esistere rapporti predefiniti regolamentati da procedure.

Quando essi appartengano ad amministrazioni diverse rispetto alle unità di day surgery devono essere anche formalizzati specifici contratti/convenzioni.

#### 6.7 Trattamento postoperatorio

Consiste nella sorveglianza e monitoraggio del paziente da parte del personale addetto, registrazione in cartella dei dati rilevanti, sino al completo recupero.

#### 6.8 Dimissione

Deve essere stabilita dal chirurgo di concerto con l'anestesista quando il paziente abbia recuperato la normalità dei riflessi vitali e delle funzioni psico-fisiche e si sia provveduto al controllo di eventuale sintomatologia dolorosa o di altre problematiche legate all'anestesia.

Qualora il paziente non possa essere dimesso in giornata per sopraggiunte complicazioni, dovrà essere adottato il trasferimento nel reparto di riferimento secondo procedure prestabilite, che comprendano le modalità di trasporto assistito.

La procedura di dimissione dovrà prevedere la consegna al paziente di una semplice nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire a domicilio; la descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, compatibili con un normale decorso post-operatorio; le relative prescrizioni terapeutiche (le eventuali prescrizioni farmaceutiche relative al successivo post-operatorio seguiranno le regole della prescrizione farmaceutica per i pazienti in cura presso gli specialisti. I farmaci prescritti dovranno essere reperibili presso le farmacie territoriali) e le modalità di utilizzo dei farmaci che gli verranno consegnati per la gestione del primo periodo e indicazioni per l'accesso rapido alla struttura di day surgery, al reparto e al medico cui fare riferimento.

Dovrà essere inoltre consegnata al paziente la relazione di dimissione destinata al medico curante, contenente i seguenti elementi:

- 1) Breve descrizione dell'intervento chirurgico
- 2) Eventuali condizioni degne di nota del periodo post-operatorio
- 3) Trattamenti farmacologici consigliati
- 4) Indicazioni per gestire le possibili complicanze
- 5) Indicazione della struttura e del sanitario reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico) garantita 24 ore su 24 ore

Dovrà essere indicata la data del successivo controllo post-operatorio.

Il giorno successivo all'intervento chirurgico, è cura del personale infermieristico comunicare telefonicamente con il domicilio del paziente per raccogliere notizie sull'andamento regolare del periodo post-operatorio, lo stato psicologico ed eventuali domande del paziente e dei familiari cui fornire ogni necessaria risposta.

I pazienti alle date stabilite, afferiranno alla struttura per i regolari controlli post-operatori, secondo le procedure adottate da ogni struttura in funzione degli interventi eseguiti. Ogni controllo, considerato come accesso successivo, sarà indicato nella cartella clinica sino a completa guarigione.

La cartella clinica sarà chiusa alla data dell'ultimo controllo.

#### **7. Indicatori per la valutazione dell'efficienza delle attività di chirurgia di giorno**

La verifica delle attività deve prevedere l'uso di indicatori coerenti con la tipologia della attività pianificata. Per dare evidenza oggettiva al raggiungimento degli obiettivi della day surgery si propone che tutte le strutture utilizzino gli indicatori di attività di cui al DPR 20/10/1992 e ad altri di propria eventuale individuazione.

#### **8. Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di selezione**

*Ind. 1 - rapporto cancellati/attesi:* rapporto tra il numero dei pazienti che il mattino dell'intervento non vengono riconosciuti idonei all'intervento ed il numero dei pazienti attesi per l'intervento.

Nota: la non idoneità è più probabile quando la visita anestesiologicala non è sistematicamente effettuata in prossimità dell'intervento.

*Ind. 2 - rapporto non venuti/attesi:* rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e il numero di quelli attesi.

Nota: due fattori sono implicati in questo indicatore: la lunghezza delle liste d'attesa e l'effetto "prima impressione".

#### **9. Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di trattamento:**

*Ind. 3 - rioperati/operati:* rapporto tra il numero di pazienti operati e il numero di pazienti sottoposti a reintervento nei 15 giorni successivi.

Nota: indicatore basato su un intervento sentinella (reintervento) il cui verificarsi indica la necessità di rivedere l'elenco degli interventi o la tecnica operatoria. E' certamente ipotizzabile una correlazione tra questo indicatore e l'esperienza degli operatori. Questo ripropone il problema della formazione in day surgery.

#### **10. Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di dimissione:**

*Ind. 4 - trasferiti/operati:* rapporto tra il numero di pazienti ospedalizzati nelle 24 ore successive all'intervento e pazienti operati.

Nota: anche questo indicatore è fortemente significativo della necessità di rivedere le procedure. Tuttavia, esso non è sufficientemente analitico, perchè non consente di distinguere tra un errore di selezione (paziente inadatto alla day surgery), un basso livello della prestazione anestesiologicala (dolore, vomito) ed un basso livello di tecnica chirurgica.

I requisiti specifici sopra indicati si aggiungono ai requisiti organizzativi e tecnologici generali da possedersi per l'autorizzazione e l'accreditamento da parte di qualsiasi struttura sanitaria.

#### **11. Autorizzazione e Accreditamento**

In coerenza con quanto appena descritto, con legge regionale n. 28 del 5 aprile 2000 sono stati approvati i criteri per l'autorizzazione delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di day surgery, e sono in corso di definizione i requisiti per l'accreditamento delle medesime strutture.

#### **12. Utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale**

Già si è detto che l'introduzione della chirurgia di giorno è finalizzata ad ottenere una maggiore appropriatezza degli interventi in riferimento ai bisogni dei pazienti.

Il pieno utilizzo delle potenzialità della day surgery, in riferimento sia alla gamma degli interventi eseguiti sia alla percentuale di trasferimento delle singole patologie dal regime tradizionale a quello diurno, è funzionale alla determinazione di un bilancio positivo fra le risorse utilizzate e i risultati conseguiti.

La gestione delle sale operatorie costituisce a questo proposito uno snodo significativo. Soprattutto quando non sono dedicate, vi è la tendenza a considerare le attività di day surgery residuali rispetto alla seduta operatoria dedicata agli interni. E' quindi fondamentale raggruppare gli interventi di day surgery in un'unica seduta, secondo un calendario settimanale. Ciò evita interferenze e si determina il vantaggio di connotare tutta l'attività operatoria della seduta con medesimi criteri metodologici.

La stessa redazione del programma operatorio risulta facilitata, essendo assai più semplice programmare un utilizzo ottimale della seduta quando questa è composta da interventi di durata facilmente prevedibile, come quelli eseguiti in day surgery.

L'organizzazione delle sale operatorie deve adattarsi alle varie realtà: tuttavia è auspicabile che, laddove si possa, il funzionamento della day surgery, qualunque sia il modello organizzativo adottato si realizzi su 5 giorni settimanali.

Il trasferimento degli interventi chirurgici dalla modalità tradizionale alla nuova modalità deve essere funzionale, oltre che ad un indubbio miglioramento della compliance dei cittadini, anche ad un oggettivo risparmio di risorse espresso in termini di giornate di degenza risparmiate. Ciò si traduce, in ultima analisi, in una significativa riduzione di posti letto tradizionali chirurgici: ha quindi effetti esprimibili anche in termini di risparmio di risorse a livello aziendale.

Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere dovranno pertanto, alla luce delle indicazioni contenute nella presente Direttiva, prevedere, attraverso l'analisi dei dati del bacino di riferimento aziendale:

- l'elenco degli interventi da effettuare in chirurgia di giorno e il numero dei casi annui attesi;
- la quota di attività chirurgica da riconvertire a regime;

- i posti letto di chirurgia di giorno necessari a regime;
- i posti letto chirurgici in degenza ordinaria risparmiati a regime suddivisi per specialistica;
- i principi generali dell'organizzazione del lavoro medico e infermieristico, le qualifiche del personale e le relative responsabilità;
- le modalità di raccolta della documentazione clinica dei pazienti;
- la elaborazione dei protocolli di ammissione, cura e dimissione del paziente;
- la garanzia di continuità delle cure;
- i protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze;
- le modalità di verifica della qualità dei servizi erogati.

Ogni Azienda è pertanto tenuta ad attivare l'Unità di Chirurgia di Giorno e conseguentemente ad adottare un proprio regolamento per l'assistenza in tale regime rispondente alla presente Direttiva.

I Direttori generali dovranno trasmettere alla Regione, entro 90 giorni dalla notifica della presente deliberazione, un documento contenente le previsioni derivanti dall'analisi condotta, nonché le conseguenti deliberazioni relative ai nuovi assetti organizzativi e le variazioni in termini di dotazioni dei posti letto chirurgici. Tali deliberazioni sono soggette alla verifica da parte della Regione.

Allegato n. 1

#### 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

*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
- 09.71 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
- 12.64 Trabeculectomia
- 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 Facoemulsione 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 Agobiopsia orbitaria

*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 Atri 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 di fistola 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
- 34.28 Altre procedure diagnostiche sul torace, pleura e diaframma

*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
- 38.50 Legatura e stripping di vene varicose sede non specificata
- 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 interventuale
- 39.94 Sostituzione di cannula interventuale

*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

*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 Colecistectomia 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
- 54.3 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico

*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
- 56.34 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
- 57.17 Cistostomia percutanea
- 57.33 Cistoscopia (transuretrale) con biopsia
- 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

*Interventi sugli organi genitali maschili*

- 60.0 Drenaggio di ascesso prostatico
- 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

- 63.1 Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico
- 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
- 63.73 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
- 70.33 Asportazione o demolizione di lesione della vagina
- 70.71 Sutura della vagina
- 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 muscoloscheletrico*

- 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	79.01	Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna
77.49	Biopsia di altre ossa ad eccezione di quelle facciali	79.02	Riduzione chiusa di frattura di radio ed ulna senza fissazione interna
77.51	Asportazione di borsite con correzione di tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso	79.03	Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna
77.52	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed artrodesi	79.04	Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna
77.56	Riparazione di dito a martello	79.06	Riduzione chiusa di frattura di tibia e fibula senza fissazione interna
77.57	Riparazione di dito ad artiglio	79.07	Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione interna
77.58	Altra asportazione, fusione o riparazione di dita (dito superaddotto o infraaddotto)	79.08	Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna
77.59	Altra asportazione di borsite (sostituzioni protesiche)	79.12	Riduzione chiusa di frattura di radio ed ulna con fissazione interna
78.04	Innesto osseo del carpo e metacarpo	79.13	Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo con fissazione interna
78.09	Innesto osseo di altre ossa (falangi)	79.14	Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano con fissazione interna
78.13	Applicazione di fissatore esterno di radio ed ulna	79.17	Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso con fissazione interna
78.14	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo	79.18	Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede con fissazione interna
78.19	Applicazione di fissatore esterno di falangi	79.22	Riduzione aperta di frattura del radio e dell'ulna, senza fissazione interna
78.53	Fissazione interna del radio e dell'ulna senza riduzione di frattura	79.23	Riduzione aperta di frattura del carpo e metacarpo, senza fissazione interna
78.54	Fissazione interna di carpo e metacarpo senza riduzione di frattura	79.24	Riduzione aperta di frattura delle falangi della mano, senza fissazione interna
78.55	Fissazione interna di falangi senza riduzione di frattura	79.27	Riduzione aperta di frattura del tarso e metatarso, senza fissazione interna
78.60	Rimozione di dispositivo impiantato, sede non specificata	79.28	Riduzione aperta di frattura delle falangi del piede, senza fissazione interna
78.61	Rimozione di dispositivo impiantato da scapola, clavicola e torace	79.32	Riduzione aperta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna
78.62	Rimozione di dispositivo impiantato dall'omero	79.33	Riduzione aperta di frattura di carpo e metacarpo, con fissazione interna
78.63	Rimozione di dispositivo impiantato da radio ed ulna	79.34	Riduzione aperta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna
78.64	Rimozione di dispositivo impiantato da carpo e metacarpo	79.37	Riduzione aperta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna
78.65	Rimozione di dispositivo impiantato dal femore	79.38	Riduzione aperta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna
78.66	Rimozione di dispositivo impiantato dalla rotula	79.71	Riduzione chiusa di lussazione della spalla
78.67	Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula	79.72	Riduzione chiusa di lussazione del gomito
78.68	Rimozione di dispositivo impiantato da tarso e metatarso		
78.73	Osteoclasia del radio e dell'ulna		

- 79.73 Riduzione chiusa di lussazione del polso  
 79.74 Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle 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 della mano  
 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  
 81.91 Artrocentesi  
 81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento  
 83.42 Tenosinoviectomia  
 83.62 Sutura differita di tendini  
 83.64 Altra sutura di tendini (Achilloraffia)  
 83.85 Allungamento del tendine di Achille  
 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  
 98.59 Litotrissia extra corporea e in altre sedi

*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  
 85.95 Inserzione di espansione 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  
 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  
 86.84 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

Allegato n. 2

ELENCO DELLE PROCEDURE  
 EFFETTUABILI IN AMBULATORIO  
 (CODIFICA ICD 9 CM)

- 04.43 Liberazione del tunnel carpale  
 06.01 Aspirazione nella regione tiroidea  
 06.11 Biopsia (percutanea) (agobiopsia) della tiroide  
 06.13 Biopsia delle paratiroidi  
 08.01 Incisione del margine palpebrale  
 08.02 Apertura di blefarorrafia

08.09	Altra incisione della palpebra	10.0	Rimozione di corpo estraneo dalla congiuntiva per incisione
08.11	Biopsia della palpebra	10.1	Altra incisione della congiuntiva
08.20	Rimozione di lesione della palpebra, NAS	10.21	Biopsia della congiuntiva
08.21	Asportazione di calazio	10.31	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva
08.22	Asportazione di altra lesione minore della palpebra	10.32	Demolizione di lesione della congiuntiva
08.23	Asportazione di lesione maggiore della palpebra non a tutto spessore	10.33	Altri interventi di demolizione della congiuntiva
08.24	Asportazione di lesione maggiore della palpebra, a tutto spessore	10.4	Congiuntivoplastica
08.42	Riparazione di entropion o ectropion con tecnica di sutura	10.5	Lisi di aderenze della congiuntiva e della palpebra
08.43	Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme	10.6	Riparazione di lacerazione della congiuntiva
08.44	Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra	10.91	Iniezione sottocongiuntivale
08.51	Cantotomia	11.0	Rimozione di corpo estraneo dalla cornea con impiego di magnete
08.52	Blefarorrafia	11.21	Curettaggio della cornea per striscio o coltura
08.6	Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto	11.22	Biopsia della cornea
08.81	Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia	11.31	Trasposizione dello pterigium
08.82	Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore	11.32	Asportazione dello pterigium con innesto della cornea
08.83	Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore	11.39	Altra asportazione dello pterigium
08.84	Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore	11.41	Rimozione meccanica dell'epitelio corneale
08.85	Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore	11.42	Termocauterizzazione di lesione della cornea
09.0	Incisione della ghiandola lacrimale	11.49	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea
09.11	Biopsia della ghiandola lacrimale	13.41	Facoemulsione ed estrazione di cataratta
09.12	Biopsia del sacco lacrimale	13.71	Inserzione di cristallino intraoculare al momento della estrazione di cataratta, in contemporanea
09.43	Specillazione del dotto nasolacrimale	16.23	Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	16.22	Agobiopsia orbitaria
09.71	Correzione di eversione del punto lacrimale	16.91	Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche
09.73	Riparazione dei canalicoli	18.02	Incisione del canale uditivo esterno
09.41	Specillazione del punto lacrimale	18.09	Altra incisione dell'orecchio esterno
09.42	Specillazione dei canalicoli lacrimali	18.12	Biopsia dell'orecchio esterno
09.51	Incisione del punto lacrimale	18.21	Asportazione del seno preauricolare
09.52	Incisione dei canalicoli lacrimali	18.29	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno
09.53	Incisione del sacco lacrimale	18.40	Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno
09.59	Altra incisione delle vie lacrimali		

20.09	Altra miringotomia	28.11	Biopsia di tonsille ed adenoidi
20.80	Interventi sulla tuba di eustachio	28.91	Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione
21.00	Controllo di epistassi, NAS	29.12	Biopsia faringea
21.01	Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore	31.41	Tracheoscopia attraverso stoma artificiale
21.02	Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale posteriore (e anteriore)	31.42	Laringoscopia e altra tracheoscopia
21.03	Controllo di epistassi mediante cauterizzazione e tamponamento	31.43	Biopsia (endoscopica) della laringe
21.22	Biopsia del naso	31.93	Sostituzione di stent laringeo o tracheale
21.31	Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale	33.21	Broncoscopia attraverso stoma artificiale
21.32	Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso	33.22	Broncoscopia con fibre ottiche
21.71	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto	33.23	Altra broncoscopia
21.81	Sutura di lacerazione del naso	33.24	Biopsia bronchiale (endoscopica)
21.91	Lisi di aderenze del naso	34.91	Toracentesi
22.01	Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio	34.92	Iniezione nella cavità toracica
22.11	Biopsia (endoscopica) (Agobiopsia) dei seni nasali	38.22	Angioscopia percutanea
25.01	Biopsia (agobiopsia) della lingua	38.94	Preparazione di vena per incannulamento
25.02	Biopsia a cielo aperto della lingua	38.95	Cateterismo venoso per dialisi renale
25.51	Sutura di lacerazione della lingua	38.98	Altra puntura di arteria
25.91	Frenulotomia linguale	39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
25.92	Frenulectomia linguale	40.11	Biopsia di strutture linfatiche
25.99	Altri interventi sulla lingua	40.19.1	Biopsia linfonodale eco-guidata
26.11	Biopsia (agobiopsia) di ghiandola o dotto salivare	40.19.2	Biopsia linfonodale TC-guidata
26.41	Sutura di lacerazione di ghiandola salivare	41.38	Altre procedure diagnostiche sul midollo osseo
26.91	Specillazione di dotto salivare	42.23	Altra esofagoscopia
26.99	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari	42.24	Biopsia (endoscopica) dell'esofago
27.10	Incisione del palato	42.29	Altre procedure diagnostiche sull'esofago
27.21	Biopsia del palato osseo	43.41	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
27.22	Biopsia dell'ugola	44.11	Gastrosocopia transaddominale
27.23	Biopsia del labbro	44.14	Biopsia (endoscopica) dello stomaco
27.24	Biopsia della bocca, struttura non specificata	44.15	Altra biopsia dello stomaco
27.41	Frenulectomia labiale	44.19	Altra procedura diagnostica sullo stomaco
27.51	Sutura di lacerazione del labbro	44.22	Dilatazione endoscopica del piloro
27.52	Sutura di lacerazione di altra parte della bocca	45.13	Altra endoscopia dell'intestino tenue
27.61	Sutura di lacerazione del palato	45.14	Biopsia (endoscopica) dell'intestino tenue
27.71	Incisione dell'ugola	45.16	Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia
27.92	Incisione della bocca, struttura non specificata	45.22	Endoscopia dell'intestino crasso attraverso stoma artificiale

45.23	Colonscopia con endoscopio flessibile	57.17	Cistostomia percutanea
45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	57.33	Cistoscopia (transuretrale) con biopsia
45.25	Biopsia (endoscopica) dell'intestino crasso	57.32	Cistoscopia transuretrale
45.29	Altra procedura diagnostica sull'intestino crasso sede non specificata	57.92	Calibraggio collo vescicale
45.30	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione del duodeno	57.94	Cateterismo vescicale
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	57.95	Riposizionamento catetere vescicale
45.43	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso	58.06	Dilatazione uretrale
48.21	Proctosigmoidoscopia transaddominale	58.1	Meatotomia uretrale
48.22	Proctosigmoidoscopia attraverso orificio artificiale	58.22	Uretroscopia
48.23	Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido	58.23	Biopsia dell'uretra
48.24	Biopsia (endoscopica) del retto	58.31	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
48.26	Biopsia dei tessuti perirettali	58.39	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra
48.29	Altre procedure diagnostiche sul retto, rettosigmoide e tessuti perirettali	58.47	Meatoplastica uretrale
49.01	Incisione di ascesso perianale	58.5	Uretrotomia endoscopica
49.02	Altra incisione di tessuti perianali	59.8	Cateterizzazione ureterale
49.11	Fistulotomia anale	60.0	Drenaggio di ascesso prostatico
49.03	Asportazione di appendice cutanea perianale	60.11	Biopsia trasperineale (percutanea) (agobiopsia) della prostata
49.22	Biopsia dei tessuti perianali	60.13	Biopsia (percutanea) delle vescicole seminali
49.23	Biopsia dell'ano	60.71	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
49.31	Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano	60.91	Aspirazione percutanea della prostata
49.39	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano	60.92	Iniezione (di farmaci) nella prostata
49.45	Legatura delle emorroidi	61.0	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
49.46	Asportazione delle emorroidi	61.11	Biopsia dello scroto e della tunica vaginale
49.41	Riduzioni di emorroidi	61.3	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
49.42	Iniezioni delle emorroidi	61.41	Sutura di lacerazione dello scroto e della tunica vaginale
49.43	Cauterizzazione delle emorroidi	61.91	Puntura evacuativa di idrocele della tunica vaginale
49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate	62.11	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del testicolo
49.59	Altra sfinterotomia anale	62.91	Aspirazione del testicolo
50.11	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del fegato	62.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
54.22	Biopsia della parete addominale o dell'ombelico	63.91	Aspirazione di spermatocele
55.23	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del rene	64.0	Circoncisione
55.92	Aspirazione percutanea renale	64.11	Biopsia del pene
55.93	Sostituzione di drenaggio nefrostomico	64.91	Plastiche di slittamento del prepuzio
55.94	Sostituzione di drenaggio pielostomico	65.11	Aspirazione eco-guidata dei follicoli
56.31	Ureteroscopia	67.0	Dilatazione del canale cervicale
		67.11	Biopsia endocervicale

67.12	Altra biopsia cervicale	85.20	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, NAS
67.19	Altre procedure diagnostiche sulla cervice	85.21	Asportazione locale di lesione della mammella
67.32	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione	85.11	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) della mammella
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice	85.19	Altre procedure diagnostiche sulla mammella
68.16	Biopsia dell'utero	85.91	Aspirazione della mammella
68.12	Isteroscopia	85.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
69.70	Inserzione di Dispositivo Contraccettivo Intrauterino (IUD)	86.01	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo
70.21	Vaginoscopia	86.02	Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute
70.24	Biopsia vaginale	86.03	Incisione di cisti o seno pilonidale
70.33.1	Asportazione condilomi vaginali	86.04	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
71.11	Biopsia della vulva	86.05	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
75.10.1	Prelievo villi coriali	86.09	Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo
75.10.2	Amniocentesi precoce	86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
75.10.3	Amniocentesi tardiva	86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
75.31	Amnioscopia	86.4	Asportazione radicale di lesione della cute
75.33.1	Funicolocentesi con raccolta di cellule staminali emopoietiche	86.60	Innesto cutaneo libero, NAS
75.34	Monitoraggio fetale, NAS	86.61	Innesto di cute a pieno spessore nella mano
79.01	Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna	86.62	Altro innesto di cute nella mano
79.02	Riduzione chiusa di frattura di radio ed ulna senza fissazione interna	86.23	Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
79.03	Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna	86.24	Chemiochirurgia della cute
79.04	Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna	86.25	Dermoabrasione
79.07	Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione interna	86.26	Legatura di appendice dermica
79.08	Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna	86.27	Currettaggio di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
79.71	Riduzione chiusa di lussazione della spalla	86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
79.72	Riduzione chiusa di lussazione del gomito	86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
79.73	Riduzione chiusa di lussazione del polso	86.59	Sutura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi
79.74	Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle dita della mano	86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
81.91	Artrocentesi		
81.92	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento		
83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli		
85.0	Mastotomia		

- 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
- 86.71 Allestimento e preparazione di innesti pedunculati o a lembo
- 86.72 Avanzamento di lembo pedunculato
- 86.84 Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute
- 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 dall'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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1566.

**Art. 20 Legge 11/3/1988, n. 67 - Azienda Sanitaria U.S.L. n. 3 di Lagonegro - Progetto di ammodernamento tecnologico - Presa d'atto approvazione programma per l'utilizzo dei ribassi d'asta e/o economie.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1567.

**Concessione patrocinio dell'Assessorato alla Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione Basilicata alle Attività del Convegno Scientifico Nazionale di Urologia - Andrologia.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1568.

**Assegnazione contributo all'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo" di Potenza**

**per il Convegno "Aggiornamento in Cardiologia Nucleare e Terapia Radiometabolica Ambulatoriale".**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1569.

**Progetto educativo dell'Istituto Maddalena di Canossa Potenza - Approvazione.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1570.

**POP Basilicata 1994/99 - Programma FESR II Triennio: Comune di Sarconi - "Opere di urbanizzazione PIP S. Giacomo" - Autorizzazione utilizzo ribasso d'asta.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2001, n. 1571.

**D.C.R. n. 1393 del 29/02/2000 "Bando Val Basento": Approvazione nuova graduatoria delle istanze ammissibili alle agevolazioni.**

LA GIUNTA REGIONALE

(omissis)

DELIBERA

- 1) approvare la proposta di rimodulazione delle risorse come proposto dal Comitato di Gestione per la reindustrializzazione della Val Basento:

- Disponibilità	L. 212.144.700.000
• C/capitale	L. 166.000.000.000
• C/interessi	L. 30.000.000.000
• Progetti di formazione	L. 15.000.000.000
• Spese di gestione	L. 1.144.700.000
Totale	L. 212.144.700.000

- 2) di approvare la nuova Graduatoria Finale delle istanze ammissibili alle agevolazioni di cui al Bando Val Basento approvato con D.C.R. n. 1393 del 29/02/2000 e richiamata in premessa (Allegato A).

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nelle premesse e nel testo della presente deliberazione sono depositati presso la Segreteria Tecnica del Comitato di Gestione per la reindustrializzazione della Val Basento istituita con D.G.R. n. 2700 dell'11/12/2000, che ha sede presso la Direzione Generale del Dipartimento Attività Produttive e Politiche dell'Impresa, che ne curerà la conservazione nei modi di legge.