



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA PER SETTING ASSISTENZIALI E COMPLESSITÀ DI CURA: LA PAROLA AGLI ESPERTI

Verso un nuovo Sistema Sanitario equo, solidale, sostenibile

Day Surgery e One Day Surgery



S.S.D. Multidisciplinare di Chirurgia a Ciclo Breve

Day Surgery-Week Surgery

Azienda Ospedaliera "S. Maria" Terni

Responsabile: Dr. Claudio Nazzaro

cla.nazzaro@gmail.com

Definizioni

Day Surgery

Effettuazione con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive **in regime di ricovero** limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

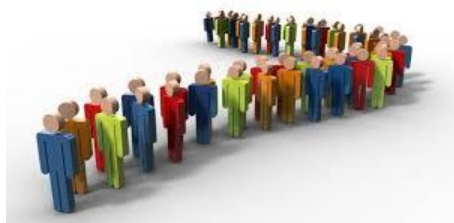
Art. 2 - Accordo Conferenza Stato-Regioni dell' 1.8.2002

One Day Surgery

Per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle presenti Linee guida, le Regioni possono avvalersi, secondo proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di un giorno o della day surgery seguita da pernottamento.

Art. 3 - Accordo Conferenza Stato-Regioni dell' 1.8.2002

INPUT



STRUMENTI



OUTPUT



OTCOME

**Il Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS:
 le principali aree di intervento**



Programma Nazionale Esiti - PNE



INPUT DI CONTESTO

Perché differenziare l'offerta chirurgica

Contesto storico


- Finanziamento insufficiente della sanità
- Eccessiva domanda di ospedalizzazione
- Liste d'attesa
- Difficoltà nel garantire un servizio sanitario nazionale equo ed universale
- Bisogno di sostenibilità di sistema



Perché differenziare l'offerta chirurgica

INPUT NORMATIVI

Nuova griglia Lea-PNE- Conferenza Stato Regioni-PSR-Lnee di indirizzo percorso chirurgico



Conferenza del Consiglio di Ministri
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato".

Rep. Atti n. 100/CS2 del 9 luglio 2020

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 9 luglio 2020

53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50

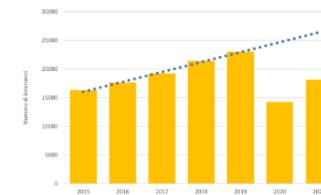
5.3 TRASFERIMENTI DI SETTING

Il nuovo nomenclatore include 61 prestazioni (parte delle quali già previste dal Patto della salute) erogabili da regime di ricovero diurno a regime ambulatoriale; per lo più si tratta di prestazioni appartenenti alla classe Fa-Re II livello "Chirurgia Ambulatoriale". Per tali procedure in un primo momento era stato concordato in seno al gruppo di lavoro di costruire le ipotesi tariffarie sulla base del minor valore tra valore centrale delle tariffe regionali e la tariffa del DRG associabile alle stesse prevista per i ricoveri diurni o ordinari di 0-1g ridotta del 25% (in coerenza con quanto specificato nella relazione tecnica del DPCM LEA). È stato condotto un lavoro di analisi delle singole prestazioni, ponendole a confronto con tutte le possibili procedure riferibili ai rispettivi DRG, verificando la presenza di una corrispondenza biunivoca tra prestazione del nuovo nomenclatore e DRG (che può includere una molteplicità di procedure eterogenee, anche molto diverse in termini di costo di erogazione). In altri termini, l'analisi incrociata del file SDO tra codice intervento principale in DH e DRG ha fatto emergere una scarsa incidenza del codice richiamato nel nuovo nomenclatore all'interno del DRG associato. In questi casi, scartando la base di riferimento della tariffa DH, si è proceduto a definire le ipotesi tariffarie ricorrendo ad assimilazioni ad altri codici del nuovo nomenclatore, o ad altri riferimenti (es. valore centrale regionale, tariffe minime Ordine dei Medici, tariffe regionali specifiche). Nel caso della prestazione "LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE", invece, si è scelto di applicare come ipotesi tariffaria la tariffa DRG correlata per i ricoveri diurni e ordinari di 0-1 giorno (ex DM 2012) non decurtata del 25% in ragione del fatto che per tale prestazione risulta già notevolmente ribassata la tariffa DRG nel passaggio dal tariffario del 1997 a quello del 2012, nonché della considerazione del fatto che già nel 2014 più dell'87% di tali prestazioni risulta effettuata in regime ambulatoriale.

■ Per le attività chirurgiche "a ciclo breve" (come la colecistectomia laparoscopica), rimane particolarmente penalizzata la modalità di ricovero in day surgery, in forte ascesa nel periodo 2015-2019 e ridottasi nel 2021 del 31% rispetto al trend.



Figura 46
Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica in day surgery, Italia, 2015-2021



Nel 2020 vi era stata una riduzione più marcata a carico delle strutture pubbliche (-34,3%) rispetto a quelle private (-17,0%), secondo dinamiche già osservate per altre prestazioni effettuate in day surgery (Figura 47). Nel 2021, si è registrato un parziale recupero degli interventi non eseguiti a causa del lockdown, con valori che nel settore pubblico hanno visto ridursi il gap pre-pandemico (da -23,2% a -2,2%) e nel settore privato superare di poco i livelli del 2019 (+2,6%).

INPUT OPERATIVI

Realizzare modelli organizzativi appropriati, flessibili ed efficienti

- **Trasferire** ad un setting a minore complessità assistenziale garantendo appropriatezza, sicurezza e migliorando qualità erogata, percepita e sostenibilità del sistema sanitario
- **Decentrare:** trasferire su presidi territoriali patologie trattate in ospedali Hub (rete clinica chirurgica)
- **Deospedalizzare:** inpatient outpatient





Strumenti

*Le dimensioni
dell'appropriatezza*

Appropriatezza Clinica

Linee Guida (EBM)

Percorsi Diagnostico Terapeutici

Efficacia

Setting assistenziali

Ch. Ambulatoriale semplice e complessa

Day Surgery-One Day surgery

Ricovero Ordinario

Efficienza

Organizzazione

Modelli organizzativi



Strumenti



Appropriatezza clinica



*Appropriatezza
organizzativa*

- Innovazione dei **sistemi informativi** (monitoraggio da remoto-telemedicina, app, informatizzazione di tutto il percorso chirurgico chiaro ed accessibile a tutti gli operatori)
- **Nuovi device**, ERAS, Sviluppo della chirurgia mininvasiva e di nuove tecniche anestesiolgiche, gestione del dolore
- Sviluppo di competenze per **nuovi approcci culturali e metodologici dei professionisti** sanitari attori del cambiamento e delle direzioni strategiche
- Lo diffusione dei modelli di chirurgia a ciclo breve che ha comportato una **predisposizione culturale di pazienti alla short stay** (connessi, smart)

Appropriatezza clinica

Strumenti

Selection of patients

Medical factors
 Fitness for a procedure should relate to the patient's functional status as determined at pre-anaesthetic assessment, and not by ASA physical status, age or body mass index [20–22]. Patients with a stable chronic disease such as diabetes are often better managed as day cases because there is minimal disruption to their daily routine

Surgical factors
 The procedure should not carry a significant risk of serious postoperative complications requiring immediate medical attention, for example, haemorrhage or cardiovascular instability. Postoperative symptoms (such as pain and nausea) must be controllable by the use of a combination of oral medication and local anaesthetic techniques.

Guidelines for day-case surgery 2019
 Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery



Social factors
 The patient must understand the planned procedure and postoperative care and give informed consent to day surgery. Traditional criteria for day surgery discharge included the presence of a carer for 24 h postoperatively.

Anaesthesia 2019, 74, 778-792

cla.nazzaro@gmail.com

Appropriatezza clinica

Strumenti

Criteri di esclusione

Appropriatezza clinica

Evoluzione dei criteri clinici

1985 & 1992
 Royal College of Surgeons of England

Selection Criteria

Age limit 65-70 years
 ASA I & II
 BMI < 30
 Max 60 mins operating time



- ASA III instabili
- ASA IV-V
- Comorbidità non controllate
- Obesità
- Neonati

Criteri di selezione

	1990	2019
ASA	1 and 2	No limit
Age	70	No Limit
BMI	30	No limit
IDDM	No	Yes

Controllo dei fattori di rischio

cla.nazzaro@gmail.com



OUTPUT

A che punto siamo...

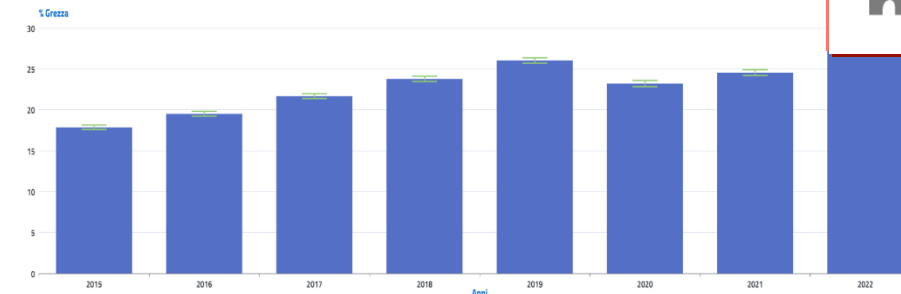
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Appropriatezza organizzativa

C4.7 Percentuale di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anzichè in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery (2022)



Particolarmente penalizzata a seguito della pandemia è risultata la quota di ricoveri in *day surgery* (inclusi quelli con un pernottamento), che era in forte ascesa nel quinquennio 2015-2019 (Figura 46) e che nel 2020 ha subito un drastico ridimensionamento (-42,3%, pari a 10 mila ricoveri in meno rispetto all'atteso). Nel 2021 si è registrato un lieve recupero (+27,5% rispetto al 2020, ma -31,2% rispetto al trend), comunque modesto se confrontato

con quello relativo ai volumi totali. Questo potrebbe indicare una difficoltà a riorientare la gestione post-pandemica verso quelle modalità alternative al ricovero ordinario (chirurgia a ciclo breve) che in epoca precedente avevano contrassegnato lo sforzo di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, e che andrebbero ora ulteriormente rilanciate nella prospettiva di un più rapido smaltimento delle liste d'attesa.

cla.nazzaro@gmail.com

REGIONE	119 - Legatura e stripping di vene				158 - Interventi su ano e stoma senza CC				162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC			
	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno
Piemonte	2.054	799	807	71,8	915	2.819	3.156	22,5	2.562	567	3.129	45,0
Valle d'Aosta	129	3	3	97,7	15	6	33	-	104	40	144	41,9
Lombardia	619	476	536	53,6	5.796	2.241	4.067	58,8	19.312	1.914	21.226	47,6
P.A. Bolzano	63	14	19	76,8	228	77	126	64,4	732	72	804	47,7
P.A. Trento	83	2	3	96,5	429	24	92	82,3	1.091	150	1.241	46,8
Veneto	154	78	96	61,6	2.893	1.844	2.774	51,0	936	634	1.570	37,4
Friuli V.G.	807	162	163	83,2	217	584	910	19,3	1.669	173	1.842	47,5
Liguria	302	20	73	80,5	579	624	771	42,9	597	258	855	41,1
Emilia Romagna	4.904	265	287	94,5	1.849	2.327	3.422	35,1	4.809	810	5.619	46,1
Toscana	2.024	137	146	93,3	1.139	1.470	1.967	36,7	5.588	520	6.108	47,8
Umbria	221	60	64	77,5	304	186	379	44,5	1.046	257	1.303	44,5
Marche	473	120	125	79,1	231	551	766	23,2	1.011	178	1.189	46,0
Lazio	2.258	322	417	84,4	1.793	1.643	2.799	39,0	5.656	1.260	6.916	45,0
Abruzzo	657	43	60	91,6	659	206	513	56,2	1.711	454	2.165	44,1
Molise	42	1	9	82,4	40	53	80	33,3	256	127	383	40,1
Campania	638	116	278	69,7	702	378	1.291	35,2	2.892	1.761	4.653	38,3
Puglia	72	83	161	30,9	123	374	1.001	10,9	812	1.401	2.213	26,8
Basilicata	99	25	31	76,2	48	31	124	27,9	767	197	964	44,3
Calabria	40	9	18	69,0	107	91	212	33,5	263	346	609	30,2
Sicilia	424	10	29	93,6	2.668	152	544	83,1	4.197	1.064	5.261	44,4
Sardegna	413	28	41	91,0	680	457	644	51,4	2.397	478	2.875	45,5
ITALIA	16.476	2.773	3.366	83,0	21.415	16.138	25.671	45,5	58.408	12.661	71.069	45,1

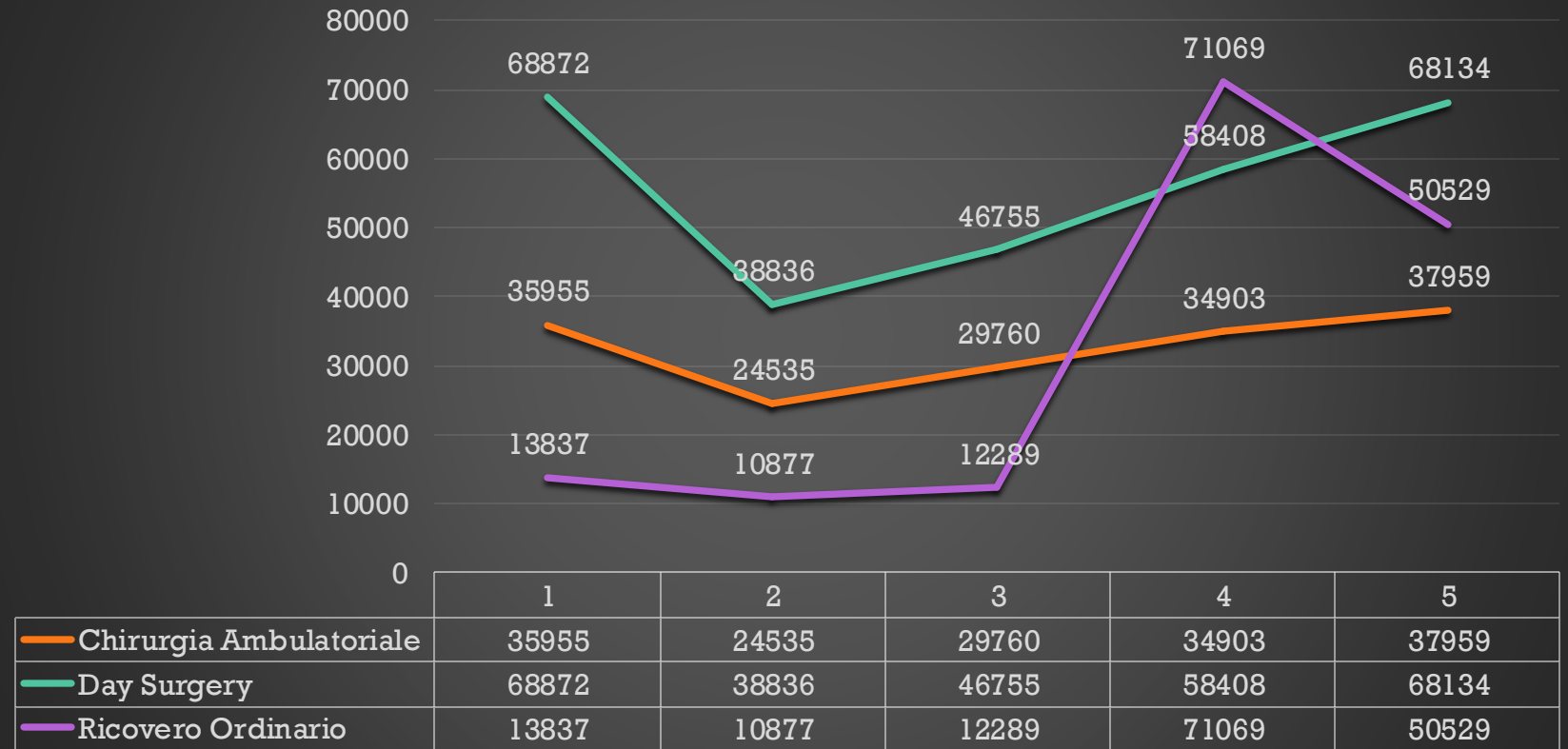




**Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero**



Drg 162 Intervento per ernia inguinale / femorale > 17 anni



Chirurgia Ambulatoriale Day Surgery Ricovero Ordinario



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



Stop talking
Start doing

#ForumRisk19

cla.nazzaro@gmail.com



www.forumriskmanagement.it

Area di Chirurgia a Ciclo Breve multidisciplinare polispecialistica interdipartimentale...interaziendale

Possibile soluzione

Modello organizzativo ideale

In grado di garantire

- Coesistenza **organizzata** di setting a diversa complessità assistenziale (da ore a giorni)
- **Flessibilità**
- **Sicurezza** per pazienti ed operatori con percorsi di tutela in caso di complicanze
- Appropriatelyzza e qualità delle cure **indotta**
- Fattibilità in presidi ospedalieri dislocati sul territorio (**reti cliniche**)



Ambulatoriale

Ambulatoriale
Maggiore

Day Surgery

Week
Surgery



S.S.D Multidisciplinare di Chirurgia a Ciclo breve A.O. «S. Maria» Terni



17 Posti letto tradizionali

10 poltrone (posti letto tecnici)

22 Unità operative afferenti

3865 ricoveri nel 2023

Personale infermieristico dedicato

Due chirurghi esclusivamente dedicati

Chirurghi temporaneamente

Sedute operatorie dedicate

cla.nazzaro@gmail.com

S.S.D Multidisciplinare di Chirurgia a Ciclo breve A.O. «S. Maria» Terni

Dgr 194/2024 regione Umbria → *Nuova area posti letto tecnici*





Chirurgia a Ciclo Breve multidisciplinare a Ciclo Breve

Efficacia

Efficienza

Qualità

Sicurezza



Modello organizzativo

Free standing

**Unità operativa a valenza
dipartimentale o
interdipartimentale**



Riduzione tempi di degenza
De-escalation del setting
Incremento intensità assistenziale

Riflessioni

Day Surgery-One Day Surgery Ritorno al futuro

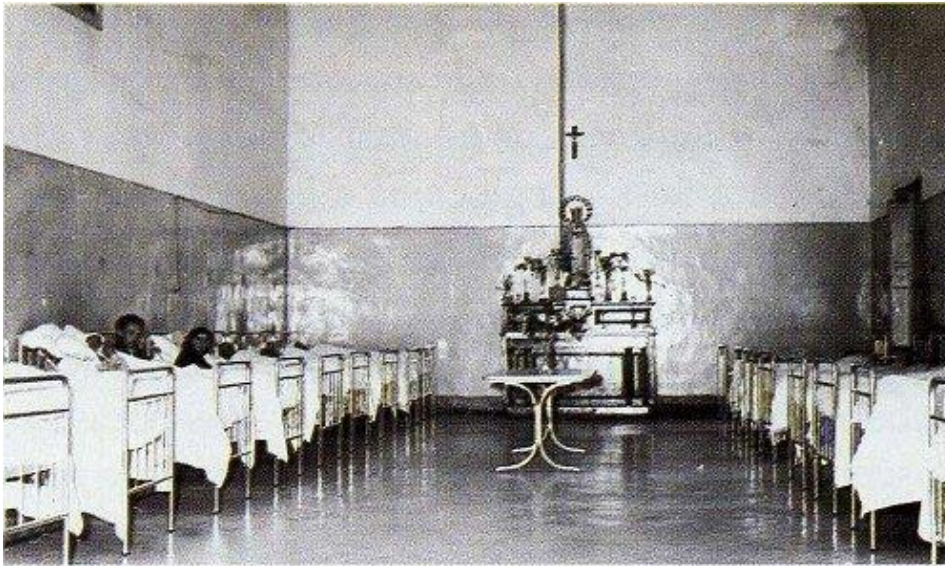


FIG. 6 - Visione parziale di una delle due grandi sale di degenza (1941).



“Linee guida per l’organizzazione delle attività di Day surgery”

Regime assistenziale **alternativo al ricovero ordinario** che garantisce identiche **condizioni di sicurezza** per il cittadino e minor disagio connesso all’intervento chirurgico (*art. 1: Finalità*)

Elenco orientativo ed esemplificativo degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario

Si riporta un **elenco indicativo** degli interventi e delle procedure chirurgici effettuabili in *day surgery* in alternativa al ricovero ordinario, fatta salva l'autonomia delle Regioni e delle Province Autonome in relazione alla puntuale definizione delle prestazioni erogabili nei vari tipi di assistenza ed in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto.

Per alcune delle prestazioni incluse nel presente elenco vi sono evidenze favorevoli, basate su esperienze consolidate e sull'appropriatezza, al trattamento mediante altre forme di assistenza; altre sono già inserite nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale.

La trasferibilità delle procedure in regime assistenziale diverso avviene su indicazione dei nomenclatori nazionale e/o regionale.

Accordo Conferenza Stato-Regioni dell’ 1.8.2002

“Linee guida per l’organizzazione delle attività di Day surgery”

Requisiti specifici per la Day Surgery

- Erogazione di un “pacchetto” di prestazioni
- ***Separazione dei flussi***
- ***Spazi dedicati (utilizzo esclusivo) in funzione del modello organizzativo adottato***
- Definizione ed adozione di procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione
- ***Explicitazione dei criteri di selezione per inclusione ed esclusione dei pazienti***
- Garanzia del diritto all’informazione per effettuare una scelta consapevole
- Relazione al medico curante
- Garanzia della continuità assistenziale
- ***Specifica formazione del personale***

Accordo Conferenza Stato-Regioni dell’ 1.8.2002

Riflessioni

Cosa fare

- Ridefinire i criteri di inclusione nei setting alla luce della de-escalation per garantire la stessa sicurezza e qualità percepita ed erogata del percorso assistenziale partendo dall'esperienza della Day-One Day Surgery
- Implementare politiche tariffarie ed aziendali incentivanti il trasferimento verso setting appropriati
- Formare equipe di professionisti con competenze specifiche (chi fa cosa)
- Definire flussi informativi per misurare il cambiamento
- Realizzare e diffondere PDTA per patologia percorso e setting specifica
- Rimodulare l'assistenza clinica percorso specifica di sala operatoria ed area di degenza
- Riorganizzare la struttura delle aree di degenza per favorire il processo di cambiamento

Diffusione questo modello virtuoso anche alla chirurgia di alta complessità



Il segreto dell'innovazione è vedere ciò che tutti vedono, ma pensando ciò che nessuno pensa

Robin Sharma

Grazie per l'attenzione