Linee di indirizzo per la gestione dell'assistenza dei pazienti con accesso programmato in Ospedale

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria

.

INDICE

1. INTRODUZIONE

2. TIPOLOGIE DI ASSISTENZA SANITARIA

3. RICOVERO OSPEDALIERO

3.1 RICOVERO ORDINARIO

3.1.1 RICOVERO IN WEEK SURGERY

3.2 RICOVERO DIURNO

3.2.1 DAY SURGERY

3.2.2 DAY HOSPITAL

3.3 SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

4. CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

5. DAY SERVICE AMBULATORIALE

6. NORMATIVA DI RIFERIMENTO E REPERTORIO LEGISLATIVO

1. INTRODUZIONE

Nel presente documento vengono trattate le modalità organizzative e gestionali dei modelli di assistenza ospedaliera (sono esclusi gli ambiti dell'emergenza-urgenza). Non vengono prese in considerazione le appropriatezze del setting assistenziale, che saranno analizzate in un successivo documento. Nel testo si riportano i principali riferimenti normativi e le istruzioni operative che regolamentano i vari modelli assistenziali. Nel documento vengono definiti, inoltre, gli aspetti inerenti la gestione della cartella clinica sia essa cartacea o informatizzata, ricordando che il modello in transizione prevede la progressiva informatizzazione della documentazione clinica.

2. TIPOLOGIE DI ASSISTENZA SANITARIA

Le tipologie di assistenza sanitaria della Regione del Veneto prevedono:
1) assistenza nelle alte specialità;
2) ricovero ordinario (acuto e post-acuto);
3) ricovero diurno (Day Hospital e Day Surgery);
4) Chirurgia Ambulatoriale complessa;
5) pacchetti di Day Service Ambulatoriale;
6) regime ambulatoriale semplice.

3. RICOVERO OSPEDALIERO

Il ricovero ospedaliero può essere:
1. ordinario;
2. diurno.

Il ricovero in Week Surgery è un ricovero ordinario.
Il ricovero ospedaliero richiede l'apertura e la compilazione di una cartella clinica, preferibilmente informatizzata, e la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), anch'essa informatizzata (ultima normativa di riferimento: Decreto 49/2017 e Decreto 93/2021); per approfondimenti si rimanda al capitolo 3.3 Scheda di Dimissione Ospedaliera.

3.1 RICOVERO ORDINARIO

Il ricovero ordinario può avvenire in reparto per acuti o post-acuti (riabilitazione e lungodegenza).
Il ricovero ordinario in reparto ***per acuti*** può essere:
1) programmato (da lista d'attesa informatizzata);
2) urgente.

Il ricovero in reparto ***post-acuti*** è sempre programmato.
E' ammesso che il ricovero programmato non avvenga da lista d'attesa informatizzata in casi peculiari:
- interruzione volontaria di gravidanza (per maggiore tutela degli aspetti inerenti la privacy);
- parto cesareo;
- ricovero ospedaliero in reparto post-acuti;
- altri casi selezionati e concordati con la Direzione Medica Ospedaliera.

Modalità di accesso al ricovero

Alle prestazioni rese in regime di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (ordinario, week surgery e diurno) si accede con proposta medica del SSN oppure a seguito di accesso di Pronto Soccorso. Di conseguenza:

1) paziente preso in carico con visita ambulatoriale istituzionale dall'unità operativa: nel caso in cui vi sia indicazione al ricovero, verrà redatta la scheda di prenotazione del ricovero, seguendo le modalità previste, ed il paziente verrà inserito nella lista d'attesa informatizzata;

2) paziente valutato in regime di libera professione individuale: il percorso diagnostico-terapeutico, che include l'eventuale ricovero in elezione, deve concludersi nello stesso regime libero professionale con divieto di utilizzare la ricetta SSN; resta fermo, tuttavia, che il paziente possa transitare in un percorso a carico SSN esclusivamente attraverso il proprio Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta che rilascerà relativa ricetta SSN con indicazione al ricovero stesso o all'esecuzione di altri esami suggeriti dallo specialista in regime di libera professione individuale. L'inserimento nelle liste d'attesa informatizzate per il ricovero programmato potrà avvenire solo in presenza della ricetta MMG/PLS; il Direttore dell'Unità Operativa o Medico delegato verificheranno la classe di priorità da assegnare e predisporranno la scheda di prenotazione del ricovero;

Pre-ricovero

Gli esami pre-operatori vanno effettuati in regime di pre-ricovero e fanno parte della cartella clinica di ricovero. La prescrizione di accertamenti pre-operatori deve essere fatta su modulo - preferenzialmente - informatizzato ad opera dello specialista che ha in carico il paziente, ***senza emissione di ticket*** a carico dell'Utente. In particolare, la prescrizione delle prestazioni pre-operatorie deve essere strettamente correlata all'intervento programmato, con esclusione quindi delle prestazioni per la diagnosi o per la stadiazione di malattia.

Se il paziente rinuncia all'esecuzione degli esami pre-operatori nella sede di intervento, li può effettuare in altra sede come pagante in proprio (nota regionale prot. n. 272118 del 07/06/2011).

Va prestata attenzione alla programmazione delle sedute operatorie al fine di non determinare lo spostamento del ricovero e quindi la ripetizione degli esami pre-ricovero o la preparazione del paziente. I cambi di data intervento andranno monitorati dalla Direzione Medica Ospedaliera.

In caso di rinuncia o reinvio dell'intervento per scelta del paziente, questi sarà tenuto al pagamento degli accertamenti eseguiti secondo le vigenti norme sulla partecipazione alla spesa sanitaria utilizzando la procedura e la modulistica predisposte ad uopo, da inviare agli appositi Uffici Amministrativi. ***Il pagamento delle prestazioni*** avverrà secondo le indicazioni contenute nella Linee di Guida n. 1 - Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera e alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri (GU n. 150 del 19/06/1995), che prevedono che "in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e,

conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente".

Trasferimento tra reparti di Ospedali diversi della stessa Azienda Sanitaria

Nel caso di trasferimento tra reparti di Ospedali diversi ma appartenenti alla stessa Azienda Sanitaria la cartella clinica sarà unica e di conseguenza verrà generata una unica Scheda di Dimissione Ospedaliera.

3.1.1 RICOVERO IN WEEK SURGERY

Definizione

L'Unità di Week Surgery rappresenta lo strumento previsto dalla programmazione regionale al fine di migliorare l'offerta organizzativa in ambito chirurgico.

La definizione di percorsi differenziati tra ricoveri con tempo di degenza superiore a 5 giorni e/o in urgenza/emergenza, da un lato, e quelli in elezione con tempo di degenza inferiore a 5 giorni, dall'altro, consente da una parte di aumentare il beneficio dei pazienti perché interviene su una migliore definizione dei percorsi di cura e del tempo per il loro completamento, e dall'altra di garantire una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Posti letto (pl)

Sulla base delle evidenze, il modulo organizzativo che permette un utilizzo ottimale del tempo, del personale e delle risorse prevede un numero di posti letto da 8 a 10. I posti letto dell'Unità di Week Surgery sono funzionali ai bisogni globali di tutte le specialità afferenti.

Il calcolo per determinare il numero dei posti letto necessari tiene conto per ogni unità specialistica afferente di:

- numero dei malati trattati in elezione nell'anno precedente e dimessi, a domicilio o in strutture di riabilitazione, con degenze inferiori o uguali a 5 giornate;
- esclusione dei pazienti con caratteristiche di emergenza-urgenza;
- tasso di occupazione dei posti letto dell'Unità di Week Surgery non inferiore al 90% su 4 giorni.

Modello organizzativo

I modelli previsti per Week Surgery e Day Surgery (Degenza Chirurgica Breve) negli Ospedali spoke sono multispecialistici. Negli Ospedali hub i modelli di Week Surgery possono prevedere l'organizzazione monospecialistica nei casi in cui la domanda sia superiore a 1.000 casi trattati/anno. ***Negli Ospedali hub vanno organizzate aree di Degenza Chirurgica Breve di chirurgia pediatrica funzionalmente collegate alla Pediatria anche se distinte da questa.***

L'Unità di Week Surgery deve avere spazi dedicati e attrezzati per il ricevimento e l'attesa dei pazienti e deve essere dotata di servizi igienici e di spazi riservati al personale. Tali spazi possono essere anche vicini ad un reparto di degenza ordinaria, in quel caso potranno essere previsti spazi

comuni per i servizi di supporto. Gli spazi riservati alla Week Surgery, di utilizzo esclusivo, devono essere disattivati il sabato e la domenica.
L'Unità di Week Surgery deve avere spazi operatori dedicati, nei quali non insista l'attività in urgenza/emergenza; gli spazi operatori devono essere utilizzati non meno di 6 ore al giorno e l'inizio dell'attività chirurgica deve essere previsto al massimo entro le ore 8.00. L'attività di sala operatoria deve essere protratta almeno fino alle ore 16.00.
Vanno pianificati gli interventi che richiedono più giorni di degenza all'inizio della settimana e nella seconda parte della settimana quelli con minori giornate di degenza.
Il ricovero è programmato e non deve avvenire per trasferimento dalle Unità Operative Chirurgiche o dalla Day Surgery, ma attraverso accesso esterno programmato degli Utenti.

Modello gestionale
Il reparto di Week Surgery/Day Surgery deve avere un Responsabile organizzativo.
L'équipe infermieristica deve possedere competenze multi specialistiche per la gestione di tutti i casi trattati.
La responsabilità del funzionamento del reparto è in carico al Responsabile/Direttore, cui spetterà anche la compilazione delle sedute operatorie, mentre la responsabilità clinica è in capo ai singoli specialisti.
La programmazione delle sedute operatorie deve avvenire entro il lunedì della settimana precedente a cura del Responsabile/Direttore della Week Surgery.

Gestione amministrativa della Week Surgery
Liste d'attesa
L'accettazione del paziente con l'apertura del ricovero deve avvenire da lista d'attesa informatizzata. In cartella clinica va inserita la scheda - possibilmente informatizzata - di prenotazione del ricovero. Per la gestione delle liste d'attesa si rimanda al Decreto 93/2021.

Regime di ricovero
Il ricovero in Week Surgery va aperto con regime di ricovero ***"3-Week Surgery"*** (ultima normativa di riferimento: Decreto 49/2017).

Pre-ricovero
Si rimanda al capitolo 3.1. Ricovero ordinario.

Scheda di Dimissione Ospedaliera
Anche per la Week Surgery va compilata la Scheda di Dimissione Ospedaliera; per approfondimenti si rimanda al capitolo 3.3 scheda di Dimissione Ospedaliera.

Trasferimento del paziente
Il paziente che deve rimanere ricoverato anche il sabato viene trasferito in reparto con la propria cartella clinica (***unico tracciato SDO con regime di ricovero "3" Week surgery***). Al momento del

trasferimento nella SDO andrà modificato il ***tipo di ricovero "5" Ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario.*** Il medico che effettua il trasferimento in reparto ordinario deve documentare gli aspetti clinici pre-intervento, durante l'intervento e successivi all'intervento che hanno determinato la necessità di prolungare il ricovero. Tali dati andranno monitorati dalla Direzione Medica Ospedaliera.

3.2 RICOVERO DIURNO

Unità Operative che possono generare un ricovero diurno

Possono aprire ricoveri diurni le Unità Operative dotate di posti letto, così come previsto dalla programmazione regionale. La distribuzione dei posti letto di ricovero diurno è descritta nelle Deliberazioni di ciascun Direttore Generale di recepimento delle schede di dotazione dei posti letto (ultima normativa di riferimento: DGR 614/2019).

Per le Unità Operative che non dispongono di posti letto, così come previsti dalla programmazione, ad esempio Servizi di Radiologia Interventistica o di Endoscopia Interventistica, la Direzione Medica Ospedaliera identificherà dei posti letto all'interno di un reparto con specialità equipollente; nel caso questo non sia possibile, identificherà dei posti letto all'interno del Dipartimento di afferenza; e nel caso in cui nemmeno questo sia possibile, la Direzione Medica potrà identificare posti letto nell'area di degenza comune di Day Surgery/Week Surgery. In questi casi verranno attivati il codice giuridico, che identifica l'Unità Operativa erogante e il codice assistenziale, per identificare l'area in cui viene attivato il pl.

Utilizzo del ricovero diurno

E' consentita l'apertura di un ricovero diurno esclusivamente per l'erogazione di prestazioni/interventi programmati di cui all'elenco dei ricoveri diurni (ultima normativa di riferimento: Decreto 40/2012 e smi).

Selezione dei pazienti

La selezione dei pazienti che possono essere trattati in regime di ricovero diurno riveste un'importanza fondamentale in quanto consente di ridurre notevolmente il rischio di complicanze e di fallimento del trattamento. La selezione del paziente deve, quindi, tenere conto delle condizioni generali del paziente, dell'età e dei fattori di rischio, etc. Anche un intervallo temporale eccessivo tra l'indicazione all'intervento e la data di esecuzione dello stesso comporta il rischio che la selezione del setting assistenziale non risulti più adeguata per i ricoveri di Day Surgery.

La scelta del regime di erogazione di una prestazione deve rispondere a criteri di sicurezza ed efficienza. A parità di sicurezza per il paziente e per l'operatore e a parità di qualità delle prestazioni erogate, il livello da scegliere è quello a minore consumo di risorse (regime ambulatoriale seguito da ricovero diurno e successivamente da ricovero ordinario).

In sintesi, il ricovero diurno è appropriato qualora l'erogazione ambulatoriale sia non sufficientemente sicura e il ricovero ordinario sia eccessivo.

Le indicazioni relative all'appropriatezza saranno peraltro approfondite in un documento successivo.

Dati da registrare nella cartella clinica di un ricovero diurno

La cartella clinica va compilata diligentemente in tutte le sue parti. Dalla cartella si deve poter evincere chiaramente il percorso effettuato, comprensivo degli accertamenti pre-operatori, gli accessi e le motivazioni che hanno portato all'eventuale sospensione o esclusione dal trattamento per motivi clinici, organizzativi o per rinuncia del paziente (se cartella clinica già aperta).

Nella Scheda di Dimissione Ospedaliera si devono registrare la/le diagnosi e la/le procedura/e eseguite, nel rispetto delle linee guida di codifica (ultima normativa di riferimento: DGR 2167/2016 e Decreto 49/2017); per approfondimenti si rimanda al capitolo 3.3 Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Gestione amministrativa

Liste d'attesa

L'accettazione del paziente con l'apertura del ricovero deve avvenire da lista d'attesa informatizzata. In cartella clinica va inserita la scheda - possibilmente informatizzata - di prenotazione del ricovero. Per la gestione delle liste d'attesa si rimanda al Decreto 93/2021.

Se il ricovero diurno è già stato aperto ma c'è una controindicazione all'effettuazione della procedura/intervento, il ricovero non può più essere annullato. Si ricorda che l'effettuazione di un ricovero programmato "vuoto" riduce il tasso di efficienza del sistema e genera sprechi.

Non è consentito riaprire (per ulteriori accertamenti) o annullare ricoveri diurni già conclusi.

La mancata presentazione del paziente agli accessi successivi va segnalata nella cartella clinica come gli eventuali tentativi di contatto andati a vuoto. La cartella dovrà quindi essere chiusa con la modalità "dimissione volontaria" e la data di chiusura del ricovero corrisponderà all'ultimo accesso del paziente nella struttura.

Per omogeneizzare i comportamenti a livello regionale, si assume che successivamente a 30 giorni dalla data di dimissione, non possano essere apportate note in cartella clinica. Possono, invece, anche successivamente a tale data, essere apportate modifiche nella Scheda di Dimissione Ospedaliera conseguenti ai controlli e verifiche della congruenza e correttezza della codifica, che vanno tracciate.

Apertura contemporanea di due ricoveri

Non è possibile l'apertura di un ricovero ordinario, nello stesso o in altro reparto, se c'è già un diurno aperto.

Non è possibile l'apertura di un diurno finché il paziente è ricoverato in regime ordinario.

Non è possibile l'apertura contemporanea di due ricoveri diurni anche se in Unità Operativa diverse e con date di accesso differenti; qualora ciò dovesse risultare indispensabile, dovrà necessariamente essere concordato il percorso con la Direzione Medica di Ospedale.

3.2.1 DAY SURGERY

Obiettivi della Day Surgery

Gli obiettivi previsti per la Day Surgery sono:

1. attuare un modello di assistenza chirurgica di pari efficacia rispetto a quello tradizionale;
2. erogare un'assistenza migliore a pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative;
3. ridurre le liste d'attesa;
4. facilitare i pazienti e le loro famiglie soprattutto da un punto di vista psicologico e sociale nella dimissione in giornata;
5. razionalizzare i costi dell'assistenza ospedaliera.

Modelli organizzativi

Dal punto di vista organizzativo, la normativa sulla Day Surgery prevede che la stessa possa essere strutturata secondo tre modelli:

A. Unità Autonoma di Day Surgery: dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi ed eventuali altri servizi; tale unità è dotata di propri locali e proprio personale ed è quindi autonoma; dotata di posti letto e sale operatorie dedicate, funzionanti 250 gg/anno e con un tasso di occupazione del 90%, corrispondente a 4.500 casi/anno;

B. Unità operativa dedicata monospecialistica o multidisciplinare: esclusivamente dedicata ai casi in Day Surgery; è previsto l'utilizzo delle Sale Operatorie centralizzate secondo orari e turni prestabiliti;

C. Posti Letto dedicati nell'unità di degenza ordinaria: posti letto dedicati esclusivamente alla Day Surgery, non occupabili per le emergenze; sono previste sedute dedicate nelle Sale Operatorie centralizzate in giornate o turni prestabiliti.

Le Unità Operative Autonome di Day Surgery devono essere provviste di spazi destinati alle seguenti attività:

- pre-ospedalizzazione e follow up (attese, studi medici, sala colloqui);
- accoglienza del malato e di un accompagnatore (accettazione, informazioni, spogliatoi);
- attività operatoria (preparazione del malato, preparazione del personale, sale operatorie, zona risveglio, servizi di supporto);
- ricovero e sorveglianza post-operatoria con area di degenza attenta alla tutela della riservatezza e del confort del paziente.

I requisiti specifici per la Day Surgery sono i seguenti:

- erogazione di prestazioni previste nell'elenco delle prestazioni erogabili in regime diurno;
- separazione dei flussi (ricovero ordinario vs ricovero diurno);
- spazi dedicati (utilizzo esclusivo);
- definizione e adozione di procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura, dimissione;
- esplicitazione dei criteri di selezione ed esclusione dei pazienti;
- protocolli per la fase di cura e per il monitoraggio perioperatorio;
- relazione al medico curante;
- garanzia della continuità assistenziale in caso di necessità di rientro in ospedale del paziente da domicilio;
- opportuna formazione del personale.

Negli Ospedali hub possono essere previsti reparti dedicati di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale complessa nei casi in cui la domanda sia superiore a 1.000 casi trattati/anno e vi siano sedute operatorie dedicate e separate.

Negli Ospedali spoke per un utilizzo efficiente della Day Surgery è previsto un modello di forte integrazione con la Week Surgery e la Chirurgia Ambulatoriale complessa (Degenza Chirurgia Breve).

In qualsiasi realtà il modello meno efficace è quello in cui la Day Surgery è collocata all'interno di un reparto ordinario, in quanto l'attività diurna è influenzata dall'attività urgente e l'utilizzo delle risorse non risulta ottimale.

Modello gestionale
Corrispondono ai contenuti del modello gestionale di Week Surgery, a cui si rimanda.

Pernottamento
La Day Surgery prevede una tipologia di prestazioni erogabili in un arco di tempo non superiore alle 12 ore (quindi senza possibilità di pernottamento) e rivolta a pazienti programmati e a bassa complessità e, quindi, coerente con un modello organizzativo che rende altresì flessibile la gestione dei percorsi assistenziali (ultima normativa di riferimento: DGR 2688/2014, Decreto 49/2017).

Utilizzo della Day Surgery
E' consentita l'apertura di un ricovero diurno esclusivamente per l'erogazione di prestazioni/interventi programmati contenuti nell'elenco dei ricoveri diurni (ultima normativa di riferimento: Decreto 40/2012 e smi).
La cartella clinica - preferenzialmente informatizzata - del ricovero diurno si apre il giorno dell'erogazione della prestazione/intervento principale. L'accettazione deve caricare il nominativo del paziente da lista d'attesa informatizzata.
In cartella clinica va inserita la scheda - possibilmente informatizzata - di prenotazione del ricovero.
Gli esami pre-operatori vanno effettuati in pre-ricovero e fanno parte della cartella clinica di ricovero. La prescrizione di accertamenti pre-operatori deve essere fatta su modulo - preferenzialmente informatizzato - ad opera dello specialista che ha in carico il paziente, senza generare un ticket a carico dell'Utente. In particolare, la prescrizione delle prestazioni pre-operatorie deve essere strettamente correlata all'intervento programmato, con esclusione quindi delle prestazioni per la diagnosi o per la stadiazione di malattia.
Se il paziente rinuncia all'esecuzione degli esami pre-operatori nella sede di intervento, li può effettuare in altra sede come pagante in proprio (nota regionale prot. n. 272118 del 07/06/2011). Gli esami pre-ricovero devono essere effettuati in prossimità dell'intervento, evitando di ripeterli più volte per il posticipo dell'intervento pianificato conseguente alla non corretta programmazione delle sedute operatorie.
La cartella clinica si chiude alla dimissione del paziente dopo l'intervento/procedura per le procedure non a ciclo; all'interno della cartella clinica andrà inserita da un punto di vista amministrativo e documentale la visita di controllo post-chirurgica ed eventuali medicazioni in analogia a quanto previsto per il ricovero ordinario entro 30 giorni dalla dimissione.
Se l'intervento non viene eseguito per motivi clinici od organizzativi, e la cartella clinica informatizzata non è ancora stata aperta e non è stata generato un certificato di malattia, le motivazioni del mancato intervento andranno segnalate all'interno della documentazione sanitaria unitamente ai referti delle indagini eseguite, senza aprire un ricovero diurno. Se, invece, la cartella clinica è già stata aperta, ma la procedura programmata non verrà più effettuata, il ricovero andrà chiuso codificando in diagnosi principale V64.1,2,3 (ultima normativa di riferimento: DGR 2167/2016).

In caso di rinuncia o reinvio dell'intervento per scelta del paziente, questi sarà tenuto al pagamento degli accertamenti eseguiti secondo le vigenti norme sulla partecipazione alla spesa sanitaria utilizzando la procedura e la modulistica predisposte ad uopo, da inviare agli appositi Uffici amministrativi. ***Il pagamento delle prestazioni*** avverrà secondo le indicazioni contenute nella Linee di Guida n. 1 - Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri (GU n. 150 del 19/06/1995), che prevedono che "in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente".

Cambio di regime

Qualora le condizioni cliniche rendessero necessario il pernottamento, non potrà esser convertito il ricovero di Day Surgery in ricovero ordinario. Andrà chiuso il ricovero diurno ed aperto un ricovero ordinario urgente. Il ricovero diurno conterrà in SDO le codifiche relative all'intervento/procedura, mentre l'ordinario le codifiche attinenti le complicanze.

3.2.2 DAY HOSPITAL (DH)

Definizione

Il Day Hospital è un modello assistenziale che si differenzia dal ricovero ordinario per la minore durata, l'assenza di pernottamento e la maggiore concentrazione degli atti assistenziali; parallelamente si differenzia dalle prestazioni ambulatoriali per la maggiore durata, per la contemporaneità e soprattutto per la complessità delle singole prestazioni multidisciplinari e multispecialistiche.

Il Day Hospital può essere a carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, tuttavia l'evoluzione normativa (ultima normativa di riferimento: Decreto 40/2012 e smi) e l'ampliamento dell'erogabilità delle prestazioni in regime ambulatoriale (Decreto 47/2013 e smi) hanno ridotto notevolmente l'utilizzo del Day Hospital. Va prestata, inoltre, attenzione soprattutto per quanto attiene le indicazioni di appropriatezza per l'apertura di un ricovero diurno riabilitativo (DGR 3913/2007 e smi), che prevede questa possibilità solo in casi selezionati.

Caratteristiche

Il Day Hospital presenta le seguenti caratteristiche:

- si tratta di ricovero o cicli di ricovero programmati;
- si chiude con il termine di un ciclo terapeutico, diagnostico o riabilitativo;
- è limitato ad una sola parte della giornata (non ricopre, infatti, l'intero arco delle 24 ore);
- necessita di ambienti dedicati;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o multidisciplinari che necessitano di un tempo di esecuzione superiore rispetto a quello di una normale prestazione ambulatoriale;

- ha maggiore complessità di esecuzione e possibili rischi connessi al trattamento e/o all'utilizzazione di farmaci e presidi.

Inoltre, il Day Hospital prevede:

- la compilazione di una cartella clinica;
- la compilazione di una scheda nosologica;
- di fornire al paziente informazioni sul funzionamento e sulle modalità di erogazione del servizio in caso di necessità di rientro in ospedale da domicilio.

Per le attribuzioni e le responsabilità del personale valgono le norme del ricovero ospedaliero, mentre gli interventi e le procedure vanno definite nell'ambito di protocolli e linee guida; le prestazioni erogabili in regime di Day Hospital sono elencate nelle note regionali (ultima normativa di riferimento: Decreto 40/2012 e smi).

Modelli organizzativi

Dal punto di vista organizzativo, la normativa prevede che il Day Hospital possa essere strutturato secondo tre modelli:

A. Spazi adiacenti agli ambienti di ricovero ordinari, ma da essi separati ed autonomi per locali e percorsi;

B. Spazi dedicati nell'ambito delle risorse assegnate a ciascun Dipartimento;

C Ambienti comuni, centralizzati, da utilizzare secondo turni ed orari prestabiliti, da parte di differenti Dipartimenti e Unità Operative.

Nella maggior parte degli Ospedali il modello attuale prevede un Day Hospital centralizzato/integrato di area medica più altri ambiti specifici, quali il day hospital pediatrico, cardiologico, oncologico, etc. separati o adiacenti al reparto di ricovero ordinario.

Posti letto

Il posto letto di Day Hospital fa parte del novero dei posti letto ordinari; si parla di posto letto "equivalente" qualora si tratti di uno spazio funzionale non necessariamente corrispondente ad un posto letto, in relazione alla differente tipologia delle prestazioni erogate, ad esempio si può configurare come poltrona.

Il numero di posti letto di ricovero diurno è determinato con provvedimento aziendale all'interno della dotazione di posti letto complessivi definita nelle schede regionali (ultima normativa di riferimento: DGR 614/2019). Il numero di posti letto diurni è riportato anche all'interno del Modello HSP (flusso informativo), inviato mensilmente dalle Aziende Sanitarie al Ministero della Salute.

Su ogni posto letto istituito non possono essere trattati più di 2 casi, in relazione alla specifica attività svolta.

Indici di attività

I principali indici di attività del Day Hospital sono i seguenti:

1 Indice di rotazione: numero medio di pazienti assistibili in un giorno su di un pl equivalente (tra 1 e 2);

2 Giornate di attività del DH: solitamente comprese tra 250 e 270 (non inferiori a 250);
3 Tasso di occupazione media dei posti letto: numero di presenze annue/(pl equivalenti x gg di attività);
4 Numero di posti letto equivalenti: numero di presenze annue/(gg di attività del DH x indice di rotazione);
5 Numero di sessioni: numero di gg di attività previste per settimana;
6 Totale presenze/anno: somma degli accessi;
7 Casi di DH/anno: somma dei singoli pazienti che hanno usufruito del DH/anno;
8 Nuovi casi di DH/anno: somma dei pazienti ammessi per la prima volta in DH/anno;
9 Presenza media paziente/anno: numero di accessi mediamente effettuati da ciascun paziente in DH/anno.

Utilizzo del Day Hospital

E' consentita l'apertura di un ricovero diurno esclusivamente per l'erogazione di prestazioni/interventi programmati di cui all'elenco del Decreto 40/2012 e smi.
Non è consentita l'effettuazione di un Day Hospital "pre-operatorio" diagnostico senza procedure da diurno (ovvero di un ricovero diurno pre-operatorio che precede un ricovero ordinario).
Non sono consentite le aperture di ricoveri diurni per prestazioni comprese nel Tariffario Ambulatoriale, se non nel seguente caso: erogazione di prestazioni/procedure ambulatoriali a scopo diagnostico terapeutico connesse a peculiari situazioni cliniche e/o caratteristiche del paziente quali età pediatrica (0-14 anni) e/o disabilità, con necessità di anestesia generale/sedazione profonda. Se il ricovero diurno è finalizzato a quest'ultima fattispecie, va barrata sulla SDO la voce "2" nello spazio dedicato ai ricoveri peculiari (ultima normativa di riferimento: Decreto 49/2017 e smi).
Il Day Hospital si chiude con il termine di un ciclo assistenziale o comunque entro il 31 dicembre di ciascun anno (ultima normativa di riferimento: Decreto 49/2017 e smi).
Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno (Decreto 49/2017 e smi).

3.3 SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Il tracciato SDO prevede la possibilità di codificare fino a 11 interventi chirurgici/procedure, anche se il supporto informativo per la valorizzazione del ricovero attraverso l'attribuzione del DRG prende in considerazione solo i primi 6 interventi chirurgici/procedure. Per l'ordine gerarchico relativo alla scelta degli interventi chirurgici/procedure da riportare in SDO, occorre attenersi alle indicazioni contenute nelle linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissione Ospedaliera (ultima normativa di riferimento: DGR 2167/2016).
Oltre all'implementazione nel numero di procedure codificabili, i campi da compilare sono i seguenti:

- unità operativa di intervento, specialità di intervento, équipe infermieristica di intervento;
- sala operatoria;

- data e ora inizio, data e ora fine intervento;
- identificativo del primo chirurgo (responsabile dell'intervento) e dei chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio, fino ad un massimo di 3 identificativi complessivi;
- identificativo dell'anestesista dell'intervento (nei casi in cui l'anestesista non è presente, va inserito l'identificativo del primo chirurgo);
- check list di sala operatoria;
- lateralità dell'intervento.

In presenza di interventi chirurgici/procedure appartenenti all'elenco "4 Procedure terapeutiche maggiori della classificazione AHRQ" (ad esempio: interventi chirurgici a cielo aperto, per via artroscopica e laparoscopica) i campi: sala operatoria, identificativo chirurgo A, data e ora inizio e fine intervento sono obbligatori per tutti i regimi di ricovero (ordinario, week surgery, diurno - Day Hospital e Day Surgery).

Tali campi sono obbligatori anche per le trombolisi sia nelle coronarie che nelle arterie periferiche, embolizzazioni, etc. (codice ICD-9-CM 36.04 e 99.10).

La SDO va chiusa al momento della dimissione del paziente, anche se la le codifiche potranno essere consolidate successivamente.

Di seguito si riporta ***a titolo di esempio*** il frontespizio della SDO di ricovero: ordinario e diurno.

Esempio SDO ricovero ordinario

REGIONE DEL VENETO
ULSS
Ospedale di

CARTELLA CLINICA

COGNOME	NOME	Sesso
Codice identificativo paziente	Validità codice	
Tipologia del codice	Tessera sanitaria R.V.	
N. identificazione tessera TEAM	Data di scadenza	
MPI		
Codice istituzione estera		
Comune/Stato estero di nascita	Data di nascita	
Comune/Stato estero di residenza	Regione di residenza	
Azienda ULSS di residenza	Cittadinanza	
Indirizzo/Recapiti		
Comune	Via	N. civico
Telefoni	e-mail	
Livello di istruzione	Stato civile	
DIAGNOSI DI AMMISSIONE	Data AMMISSIONE	Ora

REGIME DI RICOVERO **Ordinario**	N. SDO (scheda dimissione ospedaliera)
Tipo ricovero	
Data di prenotazione	N. archivio interno
Classe di priorità	Peso alla nascita
Motivo del ricovero ord/ws	N. SDO madre (per i neonati)
Provenienza	Codice provenienza
Medico prescrittore	
Unità Operativa di ammissione	
Specialità effettiva di ammissione	
Équipe infermieristica di ammissione	
Traumatismi/Intossicazioni	
Onere della degenza	

REPARTO ATTUALE DI DEGENZA

TRASFERIMENTI

reparto	cod.	data trasferimento	ore/min
|_____|	|__|__|	|__|__|_____|	|__|__|

DIMISSIONE data |___|___|_____| ore/min |___|___| giorni di permesso usufruiti: |___|___|

(2) Ordinaria al domicilio del paziente
(3) Ordinaria presso una struttura residenziale territoriale (es: RSA o Hospice, ospedale di comunità) (1) Deceduto Autopsia si | no |
(4) Al domicilio con ospedalizzazione domiciliare
(5) Volontaria (anche nel caso di ricovero diurno, qualora il paziente non si presenti volontariamente all'accesso programmato)
(6) Ad altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti
(7) Ad altro regime di ricovero, o ad altro tipo di attività di ricovero (per acuti/riabilitazione, lungodegenza), dello stesso istituto
(8) Ad istituto pubblico o privato, di riabilitazione
(9) Ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)

LA DIAGNOSI DI DIMISSIONE ERA PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO |si| |no|

DIAGNOSI codice

principale _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|

Codice E descrizione _____ Codice E numero |__|__|__|__|__|
(è obbligatorio in caso di ricovero per traumatismo/intossicazione)

INTERVENTI reparto data codice

principale _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

CLASSE ASA (solo per interventi di tipo chirurgico) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Ricovero peculiare |si|
(barrare solo nel caso di ricovero ordinario 0/1 gg o ricovero diurno finalizzato all'erogazione di prestazioni / procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico commesse a peculiari situazioni cliniche del paziente quali età pediatrica e/o disabilità, con necessità di anestesia generale / sedazione profonda)

Grado di dipendenza (Barthel) Iniziale |__|__|__| Alla dimissione |__|__|__|

Rilevazione del dolore |si| |no|

Pressione arteriosa sistolica |__|__|__|

Creatinina sierica |__|__|,|__|__|

Frazione di eiezione |__|__|

Farmaci oncologici (barrare solo se nel corso del ricovero sono stati utilizzati farmaci oncologici ad alto costo) |si|

Stadiazione condensata

(1) Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
(2) Infiltrazione locale extraorgano
(3) Metastasi ai linfonodi regionali
(4) Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
(5) Metastasi a distanza
(6) Metastasi ai linfonodi non regionali
(7) Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
(8) Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
(9) Ignoto

FIRMA DEL DIRETTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CHE DIMETTE

NOTE:

Esempio SDO ricovero diurno

REGIONE DEL VENETO

ULSS

Ospedale di

CARTELLA CLINICA

COGNOME	NOME	Sesso
Codice identificativo paziente	Validità codice	
Tipologia del codice	Tessera sanitaria R.V.	
N. identificazione tessera TEAM	Data di scadenza	
MPI		
Codice istituzione estera		
Comune/Stato estero di nascita	Data di nascita	
Comune/Stato estero di residenza	Regione di residenza	
Azienda ULSS di residenza	Cittadinanza	
Indirizzo/Recapiti		
Comune	Via	N. civico
Telefoni	e-mail	
Livello di istruzione	Stato civile	
DIAGNOSI DI AMMISSIONE	Data AMMISSIONE	Ora

REGIME DI RICOVERO **Diurno**	N. SDO (scheda di missione ospedaliera)
Tipo ricovero	
Data di prenotazione	N. archivio interno
Classe di priorità	
Motivo del ricovero ord/ws	
Provenienza	
Medico prescrittore	
Unità Operativa di ammissione	
Specialità effettiva di ammissione	
Équipe infermieristica di ammissione	
Traumatismi/Intossicazioni SUL LAVORO	
Onere della degenza 4 - SENZA ONERI	

REPARTO ATTUALE DI DEGENZA

DIMISSIONE data |____|____|_____| ore/min |____|____|

Nr. accessi: |____|____|____|____|

LA DIAGNOSI DI DIMISSIONE ERA PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO |si| |no|

DIAGNOSI codice

principale _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|
secondaria _____ |__|__|__|__|__|

Codice E descrizione _____ Codice E numero |__|__|__|__|__|
(è obbligatorio in caso di ricovero per traumatismo/intossicazione)

INTERVENTI reparto data codice

principale _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|
secondario _____ |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|

CLASSE ASA (solo per interventi di tipo chirurgico) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Ricovero peculiare |si|
(barrare solo nel caso di ricovero ordinario 0/1 gg o ricovero diurno finalizzato all'erogazione di prestazioni / procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico commesse a peculiari situazioni cliniche del paziente quali età pediatrica e/o disabilità, con necessità di anestesia generale / sedazione profonda)

Grado di dipendenza (Barthel) Iniziale |__|__|__| Alla dimissione |__|__|__|

Rilevazione del dolore |si| |no|

Pressione arteriosa sistolica |__|__|__|

Creatinina sierica |__|__|,|__|__|

Frazione di eiezione |__|__|

Farmaci oncologici (barrare solo se nel corso del ricovero sono stati utilizzati farmaci oncologici ad alto costo) |si|

Stadiazione condensata

(1) Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
(2) Infiltrazione locale extraorgano
(3) Metastasi ai linfonodi regionali
(4) Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
(5) Metastasi a distanza
(6) Metastasi ai linfonodi non regionali
(7) Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
(8) Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
(9) Ignoto

FIRMA DEL DIRETTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CHE DIMETTE

NOTE:

4. CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

Definizione

Nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale sono previsti "accorpamenti di prestazioni in relazione a profili di trattamento predefiniti" ovvero di Chirurgia Ambulatoriale complessa (ultima normativa di riferimento: Decreto 47/2013 e smi), contraddistinti dalla lettera A. Tali prestazioni rientrano nel budget della specialistica ambulatoriale.

Modello organizzativo

La selezione dell'effettuazione delle prestazione in ricovero ordinario/Day Surgery versus Chirurgia Ambulatoriale Complessa, i cui elenchi sono nella maggior parte dei casi sovrapponibili, deve avvenire secondo criteri di appropriatezza, che verranno analizzati in un successivo documento. ***Infatti, la scelta del setting assistenziale in regime ambulatoriale piuttosto che in ricovero rappresenta una molteplicità di aspetti - anche amministrativi - conseguenti alla selezione del tipo di assistenza sanitaria ricevuta (partecipazione dell'Utente alla spesa, certificazione di malattia, rendicontazione della prestazione, valorizzazione economica dell'intervento, etc.).***

Modello gestionale

L'attività di Chirurgia Ambulatoriale complessa si svolge in uno spazio dedicato o nell'ambito dell'area della Day Surgery e/o Week Surgery (Degenze di Chirurgia Breve).

Gestione amministrativa della Chirurgia Ambulatoriale complessa

Impegnativa

La prestazione deve essere prescritta con impegnativa del Ricettario Regionale, che dovrà essere conservata all'interno della cartella ambulatoriale, e che comprende sia le prestazioni pre-operatorie che quelle post-operatorie. Il paziente, se non esente, è tenuto al pagamento del ticket.
Nell'impegnativa vanno inserite le classi di priorità previste per il regime ambulatoriale.

Lista d'attesa

Il paziente va inserito in lista d'attesa informatizzata dedicata.

Cartella ambulatoriale

L'erogazione delle prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale complessa deve essere documentata attraverso la compilazione della "cartella ambulatoriale" - possibilmente informatizzata - valida a tutti gli effetti medico legali (ultima normativa di riferimento: Legge regionale 34/2007), nella quale lo specialista deve registrare tutti gli atti assistenziali erogati al paziente nei vari accessi all'Ospedale, incluso il verbale operatorio.
Non è, invece, prevista la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e di conseguenza l'assegnazione del numero nosologico, a differenza di quanto avviene per il ricovero.
L'apertura della cartella ambulatoriale dovrà coincidere con la data dell'erogazione della prestazione principale, indipendentemente dalla data di erogazione delle altre procedure previste dal pacchetto, ad esempio esami ematochimici o altri accertamenti pre-intervento.

La chiusura della cartella ambulatoriale è in capo al reparto di assistenza che deve provvedere anche al caricamento dell'impegnativa relativa.
Alla conclusione dell'iter va consegnata la lettera di dimissione informatizzata.

Gestione delle complicanze

Qualora le condizioni cliniche rendessero necessario il pernottamento, andrà chiusa la cartella ambulatoriale ed aperto un ricovero ordinario urgente (tracciato SDO: tipo di ricovero "2" *ricovero urgente*). Non andrà, infatti, aperto un ricovero programmato (tracciato SDO: tipo di ricovero "1" *ricovero programmato, non urgente*) che risulterebbe con tempo d'attesa zero e in più non proveniente da lista d'attesa informatizzata.
Andranno documentati in cartella clinica i motivi che hanno comportato la necessità di aprire un ricovero urgente per la gestione delle complicanze.
Se il paziente, rientrato a domicilio dopo il percorso ambulatoriale, accederà nuovamente per una complicanza, andrà ugualmente aperto un ricovero ordinario urgente (tracciato SDO: tipo di ricovero "2" *ricovero urgente*; provenienza del paziente "99" *altro*).

Gestione dei casi di mancata erogazione della prestazione per decisione del paziente

In caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per scelta del paziente, questi sarà tenuto al pagamento degli accertamenti eseguiti secondo le vigenti norme sulla partecipazione alla spesa sanitaria utilizzando la procedura e la modulistica predisposta ad uopo.

5. DAY SERVICE AMBULATORIALE

Definizione

Il Day Service Ambulatoriale è un modello organizzativo di assistenza ambulatoriale integrata (DGR 1079/2007), che può venire attivato presso ciascuna Azienda ULSS facendone richiesta in Regione.

Si tratta di un modello di erogazione ambulatoriale complessa ed integrata basata sull'effettuazione di atti medici o indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche con necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico. L'obiettivo è quello di ridurre il tasso di ospedalizzazione diminuendo il numero di ricoveri inappropriati in regime diurno.

Con Decreto 61/2012 sono stati attivati 17 pacchetti standardizzati regionali di Day Service Ambulatoriale, in sostituzione di quelli aziendali se di pari contenuto o aggiuntivi se diversi da quelli aziendali.

Per la Procreazione Medicalmente Assistita alle residenti della Regione Veneto la modalità erogativa definita a livello regionale è quella del pacchetto di Day Service Ambulatoriale (pacchetto n. 16 del Decreto 61/2012 e DGR 904/2019).

Con Decreto 52/2017 sono stati attivati i pacchetti regionali di Day Service Ambulatoriale per prestazioni radioterapiche.

Il paziente, non esente, è tenuto al pagamento del ticket e di ciò deve essere informato fin dal momento in cui viene proposto il Day Service Ambulatoriale.

Non vanno prescritti pacchetti di Day Service Ambulatoriale nei casi in cui la gestione possa avvenire come percorso ambulatoriale semplice.

Modello organizzativo

L'attivazione di un pacchetto di Day Service Ambulatoriale presuppone:

A. La presenza contemporanea nella struttura di più specialisti per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente;

B. La possibilità di effettuare atti medici o indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico;

C. La formulazione tempestiva di una diagnosi o l'esecuzione di una terapia con un numero limitato di accessi, facilitando il percorso amministrativo.

L'erogazione delle prestazioni di Day Service Ambulatoriale può avvenire in aree centralizzate, ad esempio nel contesto o in adiacenza al Day Hospital medico, oppure in aree dedicate, ad esempio presso il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita o il Servizio di Radioterapia.

Modello gestionale

Allo scopo di favorire l'integrazione organizzativa dei servizi sanitari e amministrativi coinvolti, devono essere individuati dalla direzione aziendale:

- un **referente medico gestionale**, con il compito di organizzare i percorsi diagnostico terapeutici, definendo in particolare i rapporti con i servizi di diagnosi, di verificare la documentazione clinica di supporto e l'efficacia dei percorsi, provvedendo se del caso al loro aggiornamento o sospensione, informando i competenti organi regionali;
- un **referente per le procedure amministrative**, con il compito di verificare la correttezza della documentazione e il suo percorso al fine di assicurare i vari adempimenti in modo tempestivo e completo, sia per il paziente, sia per gli uffici amministrativi interessati.

Gestione amministrativa del Day Service Ambulatoriale

Impegnativa

Il Day Service Ambulatoriale può essere attivato esclusivamente dallo specialista, al quale il medico prescrittore ha indirizzato il paziente per la prima valutazione e al quale spetta la predisposizione della ricetta rossa SSN. La modalità di Day Service Ambulatoriale esclude il trattamento delle urgenze.

Per un approfondimento sulla prescrizione da parte dei privati accreditati si rimanda alla DGR 3440/2010.

Cartella ambulatoriale

Per ogni pacchetto di Day Service Ambulatoriale deve essere redatta una cartella ambulatoriale - possibilmente informatizzata - che raccolga informazioni di tipo anagrafico, unitamente a tutta la documentazione relativa agli accertamenti diagnostici e le terapie effettuate nei singoli accessi e la relazione finale per il medico curante.

Il medico che prende in carico il paziente è responsabile della compilazione e della completezza della cartella ambulatoriale.

Al termine del percorso lo specialista ospedaliero produce una relazione finale per il medico curante, correlata dai referti di tutti gli esami, visite e prestazioni erogate, che vanno consegnate in originale al paziente.

Rendicontazione del pacchetto

La prenotazione degli accertamenti previsti nel pacchetto di Day Service Ambulatoriale deve avvenire attraverso gli applicativi informatici aziendali tracciando la specificità "DSA - Day Service Ambulatoriale". Di seguito si riporta un esempio di modulo - possibilmente informatizzato - per la prenotazione delle prestazioni contenute nel pacchetto.

Alla conclusione dell'erogazione del pacchetto di Day Service Ambulatoriale va predisposta la/le ricetta/e, per la compilazione della/ quale/i valgono le seguenti indicazioni:

- la/e impegnativa/e devono contenere il numero di riferimento del relativo pacchetto di Day Service Ambulatoriale;
- la/e impegnativa/e dovranno riportare le prestazioni, anche afferenti a branche specialistiche diverse, fino ad un massimo di otto (indicando le quantità effettivamente erogate di ciascuna prestazione);

- qualora nei pacchetti vi siano prestazioni per le quali il cittadino risulti esente, esse dovranno essere inserite in impegnative distinte, riportando il codice esenzione;
- nel caso emerga la necessità di eseguire o richiedere prestazioni aggiuntive non comprese nel pacchetto, le stesse andranno prescritte su un'ulteriore impegnativa SSN con ulteriore quota di partecipazione alla spesa da parte del paziente;
- il calcolo del ticket viene effettuato a conclusione dell'episodio di Day Service Ambulatoriale, sommando la tariffa delle prestazioni contenute nella/e ricetta/e, fino al tetto massimo per ricetta previsto dalla normativa in vigore.

Il caricamento della/e ricetta/e nel flusso della specialistica ambulatoriale va effettuato del referente per le procedure amministrative identificato nel percorso, che dovrà predisporre anche l'invito al pagamento da consegnare all'Utente.

Esempio di Modulo per la prenotazione di prestazioni contenute nel pacchetto di Day Service Ambulatoriale attivato secondo le indicazioni della DGR 1079/2007

REGIONE DEL VENETO

DAY SERVICE AMBULATORIALE
AZIENDA ULSS n. 1 DOLOMITI
OSPEDALE DI FELTRE

PACCHETTO SINDROME VERTIGINOSA
P102003

Numero cartella/modulo: ☐☐☐☐☐☐☐

Numero riferimento pratica:_____
(Compilato a cura dell'ufficio incaricato)

Nome:		
Cognome:		
Nato/a il:		**Sesso: M ☐ F ☐**
Nato/a a:		
Residente a:		
Esenzioni:	☐ Non esente	☐ Esente. Codici _____
Data inizio Day Service:		
Data fine Day Service:		

REGIONE DEL VENETO

PRESTAZIONI ESEGUITE

	Quantità (quantità max)	Codice interno	Descrizione	Codice regionale	Note
☐	(1)	RI51	RISONANZA CEREBRALE MDC	88.91.2	
☐	(1)	RI60	RISONANZA ANGIO-INTRACRANICO	88.91.5	
☐	(1)	RD104	TAC CEREBRALE	87.03	
☐	(1)	OT50	POTENZ.EVOCATI STIMOLO/EVENTO CORR.	89.15.2	
☐	(1)	NE11	ECO DOPPLER TSA PRIMO	88.73.5	
☐	(1)	OT111	ELETTRONISTAGMOGR./VESTIB.	95.24.2	
☐	(1)	OT109	POTENZIALI EVOC.ACUSTICI:ABR	89.15.1	
☐	(1)	CA21	VISITA CARDIOLOGICA PRIMA	89.7	
☐	(1)	NE1	VISITA NEUROLOGICA PRIMA	89.13	
☐	(1)	ME1	VISITA INTERNISTICA PRIMA	89.7	
☐	(2)	OT210	ES.CLINICO FUNZIONAL. VESTIBOLARE	95.44.2	
☐	(1)	OT110	TEST CLINICO FUNZ. VESTIBOLARE	95.44.1	
☐	(2)	OT3	VISITA O.R.L. CONTROLLO	89.01	
☐	(1)	CA20	E.C.G.	89.52	
☐	(10)	OT190	ESERCIZI POSTURALI	93.19.3	
☐	(6)	OT141	ES. AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1	
☐	(2)	OT145	IMPEDENZOMETRIA	95.42	
☐	(1)	LB3010	S-ETF PROTEINE		
		LB301	S-PROTIDOGRAMMA	90.38.4	
		LB219	S-PROTEINE TOTALI	90.38.5	
☐	(1)	LB454	LCR-ANTI BORRELIA B. IGG	90.87.5	
☐	(1)	LB414	S-ANTI TREPONEMA P. (TPHA)	91.10.2	
☐	(1)	LB103	SG-EMOCROMO COMPLETO	90.62.2	
☐	(1)	LB412	S-VDRL	91.11.1	
☐	(1)	LB210	S-TRIGLICERIDI	90.43.2	
☐	(7)	OT130	INIEZIONE INFUS.ALTRE SOST.TERAP.	99.29	
☐	(1)	LB222	S-ALT (S-GPT)	90.04.5	
☐	(1)	LB850	P-PT	90.75.4	
☐	(1)	LB851	P-PTT	90.76.1	
☐	(6)	LB601	ESAME URINE	90.44.3	
☐	(1)	LB101	SG-VES	90.82.5	
☐	(1)	LB203	S-CREATININA	90.16.3	
☐	(3)	LB201	S-GLUCOSIO	90.27.1	
☐	(1)	LB207	S-COLESTEROLO TOTALE	90.14.3	
☐	(2)	LB212	S-SODIO	90.40.4	
☐	(2)	LB213	S-POTASSIO	90.37.4	

6. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- DGR n. 1079 del 17.04.2007 recante: *"Day Service Ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata"*

- Legge regionale n. 34 del 14.12.2007 recante: *"Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato"*

- DGR n. 3440 del 23.12.2010 recante: *"Deliberazione della Giunta Regionale n. 1182 del 23/3/2010. Prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Impiego dei ricettari standardizzati del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 Legge 24/11/2003, n. 326. Ulteriori disposizioni ed applicazioni"*

- Decreto n. 40 del 22.03.2012 recante: *"Decreto n. 123 del 22 dicembre 2009 Attività erogabili in regime di ricovero diurno. DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 Integrazione"*

- Decreto n. 61 del 17.05.2012 recante: *"Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service. DGR n. 1079 del 17.04.2007 e DGR n. 2812 del 11.09.2007"*

- Decreto n. 47 del 22.05.2013 recante: *"Aggiornamento, ai sensi della DGR n. 442 del 10 aprile 2013, degli allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859/2011 e successive modifiche e integrazioni"*

- DGR n. 2688 del 29.12.2014 recante: *"Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013"*

- DGR n. 2167 del 23.12.2016 recante: *"Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i."*

- Decreto n. 49 del 21.12.2017 recante: *"Definizione delle integrazioni al tracciato della scheda di dimissione ospedaliera del decreto n. 118 del 23.12.2016"*

- Decreto n. 52 del 09.05.2017 recante: *"Attivazione di pacchetti standardizzati regionali di Day Service Ambulatoriale per prestazioni radioterapiche"*

- DGR n. 614 del 14.05.2019 recante: *"Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri*

privati accreditati. L.r. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023". Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019"

- Decreto n. 93 del 01.09.2021 recante: "*Approvazione delle "Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo" e del "Regolamento dei Nuclei Aziendali di Controllo*"

REPERTORIO LEGISLATIVO

A) RICOVERO IN WEEK SURGERY

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2688 del 29 dicembre 2014 Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013.	Vengono approvati gli indirizzi operativi per l'attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve) e l'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti con tale modalità.

B) RICOVERO DIURNO: DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2688 del 29 dicembre 2014 Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013.	Viene esclusa la possibilità di pernottamento in ricovero diurno di Day Surgery. Vengono definiti i rapporti tra l'area della Day Surgery e l'area della Week Surgery.
DECRETO REGIONALE N. 40 del 22 marzo 2012 Decreto n. 123 del 22 dicembre 2009 Attività erogabili in regime di ricovero diurno. DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 Integrazione.	Vengono aggiornati gli elenchi delle prestazioni erogabili in regime diurno: prestazioni erogabili in Day Hospital e prestazioni erogabili in Day Surgery.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998 – 2000	Potenziamento dell'assistenza in regime di ricovero diurno, in alternativa alla degenza ordinaria ed adozione di apposite linee-guida volte a definire le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili ambulatorialmente ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento ad interventi chirurgici elettivi in particolari settori nosologici.
CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ (1992-1995)	Regolamentazione di attività chirurgiche ambulatoriali o in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno o con eventuale pernottamento – 1992 Interventi di chirurgia in ambito ambulatoriale – 1995 Regolamentazione delle attività chirurgiche da effettuare ambulatorialmente o in regime di assistenza a ciclo diurno in anestesia locale, loco-regionale o generale – 1995.
DPR 20.10.1992	Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali.

C) CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
DECRETO REGIONALE N. 47 del 22 maggio 2013 Aggiornamento, ai sensi della DGR n. 442 del 10 aprile 2013, degli allegati A e B del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 859/2011 e successive modifiche e integrazioni".	Vengono definiti gli accorpamenti di prestazioni (chirurgia ambulatoriale) e la costituzione dei pacchetti.

LEGGE REGIONALE N. 34 del 14 dicembre 2007 Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato.	Vengono definite le modalità di compilazione della cartella ambulatoriale ed i contenuti della stessa.

D) PACCHETTI DI DAY SERVICE AMBULATORIALE

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 904 del 28 giugno 2019 Procreazione medicalmente assistita omologa ed eterologa: indicazioni operative.	Vengono aggiornati i pacchetti di Day Service ambulatoriale di procreazione medicalmente assistita.
DECRETO REGIONALE N. 52 del 9 maggio 2017 Attivazione di pacchetti standardizzati regionali di Day Service Ambulatoriale per prestazioni radioterapiche.	Viene definita la composizione dei pacchetti di Day Service ambulatoriale per prestazioni radioterapiche e vengono definite le modalità di gestione degli stessi.
DECRETO REGIONALE N. 61 del 17 maggio 2012 Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service. DGR n. 1079 del 17.04.2007 e DGR n. 2812 del 11.09.2007.	Viene definita la composizione di n. 17 pacchetti standardizzati di Day Service ambulatoriale e vengono definite le modalità di gestione degli stessi. Sono presenti anche i pacchetti di procreazione medicalmente assistita.
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1079 del 17 aprile 2007 Day Service Ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata.	Viene definito il modello organizzativo previsto per l'assistenza ambulatoriale complessa ed integrata basata sull'effettuazione di atti medici o indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche con necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico.

LEGGE REGIONALE N. 34 del 14 dicembre 2007 Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato.	Vengono definite le modalità di compilazione della cartella ambulatoriale ed i contenuti della stessa.

E) SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
DECRETO REGIONALE N. 93 del 01 settembre 2021 Approvazione delle "Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo" e del "Regolamento dei Nuclei Aziendali di Controllo.	Vengono fornite indicazioni sulle modalità di compilazione dei campi contenuti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.
DECRETO REGIONALE N. 49 del 21 dicembre 2017 Definizione delle integrazioni al tracciato della scheda di dimissione ospedaliera del decreto n. 118 del 23.12.2016.	Vengono aggiornati i campi che devono essere presenti nel tracciato informatico del flusso della Scheda di Dimissione Ospedaliera.
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2167 del 23 dicembre 2016 Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.".	Vengono aggiornati i controlli da effettuare sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera e fornite indicazioni sulla gestione della SDO.

Hanno partecipato alla stesura:

Dr.ssa Sira Bizzotto	Azienda ULSS 1 Dolomiti
Dr.ssa Patrizia Bortolon	Azienda ULSS 8 Berica
Dr.ssa Monica Briani	Regione Veneto
Dr.ssa Francesca Camilli	Azienda ULSS 7 Pedemontana
Dr.ssa Rosaria Cacco	Regione Veneto
Prof. Claudio Cordiano	Università Verona
Dr.ssa Eleonora Gianordoli	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Dr.ssa Paola Giuriato	Azienda ULSS 6 Euganea
Dr.ssa Manola Lisiero	Azienda ULSS 5 Polesana
Prof. Stefano Tardivo	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Dr.ssa Emanuela Zilli	Azienda ULSS 6 Euganea