

PROTOCOLLO APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Indice

Capitolo	pag.
1. Introduzione	1
2. Logiche del Protocollo di Appropriatelyzza	4
3. Tipologie di ricoveri sottoposti a controllo di Appropriatelyzza	8
4. Schema sintetico delle attività di controllo dell'Appropriatelyzza	9
5. Metodologia complessiva per la valutazione dell'Appropriatelyzza dei ricoveri ordinari	10
6. Metodologia complessiva per la valutazione dell'Appropriatelyzza dei ricoveri Day Hospital (DH)	15
7. Allegato A1. Criteri di Appropriatelyzza dei ricoveri DH	19
8. Schema riassuntivo e simulazione – ricoveri ordinari	21
9. Schema riassuntivo e simulazione – ricoveri DH	22

1. Introduzione

■ **Riferimenti normativi**

I D.Lgs 502/92 e 517/93 e successive modificazione ed integrazioni stabiliscono tra i compiti della Regione l'organizzazione del sistema sanitario, l'individuazione dei criteri di finanziamento e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie. Inoltre il D.M. 15 aprile 1994 all'articolo 4 prevede che la Regione vigili sulla corretta applicazione da parte delle Aziende sanitarie del sistema di remunerazione ed in particolare sulla corretta compilazione delle SDO, sulla frequenza dei ricoveri anomali, sulla documentazione attestante prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale.

Si deve poi ricordare che la legge 23 dicembre 2000 n. 388 all' art 88 secondo comma da indicazione circa l'attivazione di un controllo analitico annuo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO in conformità a specifici protocolli di valutazione. di monitoraggio delle prescrizioni sanitarie, a salvaguardia della relativa appropriatezza.

Sempre ai fini della completa attuazione della normativa relativa alla gestione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, nonché delle Zone territoriali e dei Presidi di alta specializzazione, si dovrà applicare il combinato disposto dell'art 52 comma 4, lettera d della Legge 289/2002 e art 3 comma 2 lettera c della Legge 405/2001.

Per quanto concerne la normativa regionale, con Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 269 dell'08.03.2005 è stato approvato il "Protocollo d'intesa per le verifiche ispettive" (di cui alla DGR n. 753 del 30.08.2004 – **7.Allegato A1** – punto 3.3.2) e, con DGR n. 831 del 29.08.2005, sono state apportate esplicitazioni ed integrazioni al suddetto protocollo.

■ **Razionale**

A seguito della crescita continua, negli ultimi decenni, della spesa sanitaria, le strategie di contenimento dei costi sono spesso state basate su una logica di *razionamento* delle risorse, ovvero su una riduzione diffusa dei servizi erogati a prescindere dall'utilità di questi ultimi per la collettività. Tuttavia, vi è unanime consenso sulla necessità di superare tale modello ed applicare una logica di *razionalizzazione* delle risorse, ovvero concentrare gli investimenti su quelle attività a maggiore efficacia o costo-efficacia, e depotenziare invece i servizi la cui utilità non risulta altrettanto elevata. Poiché una parte rilevante della spesa sanitaria è allocata alle attività ospedaliere, e dato che numerosi studi nazionali ed internazionali hanno documentato che una quota non indifferente dei ricoveri ospedalieri può essere considerata non necessaria ¹, la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri rappresenta un passaggio essenziale, prioritario, per poter conseguire il duplice obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e contribuire a ridurre i costi senza incidere sui servizi a disposizione del paziente, ovvero per poter mettere in atto un appropriato sistema di razionalizzazione delle risorse.

¹ Grover PL. Is inappropriate hospital care an inevitable component of the health care system? Med Care 1991;29:AS1.

E' utile notare, infatti, come il tema dell'appropriatezza, nelle sue articolazioni di appropriatezza clinica (definita come l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superano i potenziali rischi) ed organizzativa (definita come il livello assistenziale - reparto per acuti, day hospital, ambulatorio specialistico, medicina di base - adeguato all'intervento sanitario clinicamente appropriato, in termini di sicurezza e di economicità nel consumo di risorse), sia non solo di attualità nel dibattito scientifico, ma anche oggetto delle specifiche norme legislative sopra citate, e sia inserita tra i principi e gli obiettivi di diversi Piani Sanitari Nazionali e Regionali. Si richiama, in particolare, l'esempio costituito dal D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 2C, ove sono elencati 43 DRG per i quali il ricovero in regime di degenza ordinario è considerato ad elevato rischio di inappropriatezza. In tali contesto, appare chiaro come l'appropriatezza clinica e l'appropriatezza organizzativa siano esplicitamente poste come obiettivo del SSN e delle aziende pubbliche e private accreditate e delle relative attività di promozione, formazione e controllo.

▪ **Finalità**

Le finalità del presente protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri sono essenzialmente due, in rigorosa sequenza temporale. In prima istanza, le azioni previste mirano a quantificare la quota di ricoveri inappropriati per ogni struttura erogante sul territorio regionale, attraverso una metodologia di verifica duplice, che prevede il coinvolgimento delle stesse strutture controllate e degli organi di controllo centrali. In seconda battuta, una volta stabilito il sistema di controllo continuo di qualità, mediante una strategia volta a premiare le strutture che presentano i risultati migliori ed a penalizzare la valorizzazione dei ricoveri inappropriati, sarà possibile raggiungere l'obiettivo fondamentale, ovvero rendere il sistema sanitario regionale sempre più appropriato e liberare risorse da destinare al miglioramento di quei servizi, in particolare territoriali, per i quali si prevede un significativo aumento della domanda.

2. Logiche del Protocollo di Appropriatelyzza

A. Doppio sistema di controlli – Fiducia alle strutture eroganti e tutela verso comportamenti opportunistici

In precedenza, è stato accennato alla estrema complessità del processo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri. Oltre alle rilevanti problematiche metodologiche, infatti, una delle maggiori criticità è data dalla necessità che le attività di controllo siano attuate secondo modalità condivise, che possano ridurre in modo significativo la probabilità di nascita di contenziosi difficilmente sanabili tra gli organi di governo regionali e le strutture eroganti. Per tale motivo, e sulla base del principio generale dell'autocertificazione vigente in altri ambiti della pubblica amministrazione, il protocollo di valutazione ivi descritto prevede un doppio sistema di controlli: un controllo interno da parte delle strutture eroganti sui propri ricoveri, inserito nel sistema di qualità aziendale; ed un controllo esterno da parte della Regione, mirato essenzialmente alla verifica dell'affidabilità del controllo interno. In altri termini, il sistema poggia fondamentalmente sull'autovalutazione da parte delle strutture aziendali, che vengono responsabilizzate e coinvolte direttamente nell'attività di valutazione. Tuttavia, sebbene in tal modo si intenda stabilire un rapporto di reciproca fiducia tra le parti in causa, è inevitabilmente prevista una forma di tutela della Regione verso eventuali comportamenti opportunistici o inadempienze nel controllo interno. E' quindi necessario un controllo esterno, effettuato sulla base di criteri oggettivi ed identici a quelli del controllo interno, che può verificare la corretta attuazione delle attività previste nel protocollo da parte delle strutture. Tale premessa è necessaria per comprendere una delle logiche fondamentali del sistema: nel caso in cui i risultati del controllo interno ed esterno concordino in modo sufficiente (entro gli ampi margini statistici più avanti specificati), i dati provenienti dalle strutture, ovvero i dati del controllo interno, vengono considerati validi *in toto*; nel caso, invece, in cui tali risultati discordino sensibilmente, ovvero in presenza di una lettura incorretta dei casi da parte della struttura erogante, viene previsto un ulteriore verifica esterna e, se si riscontra ulteriore discordanza, sono ritenuti validi i dati provenienti dal solo controllo esterno, con una rilevante penalizzazione economica.

B. Criteri di appropriatezza oggettivi e basati su standard di riferimento internazionali

E' indubbio che, per permettere ad un tale sistema di funzionare correttamente, siano necessarie metodiche esplicite e di riconosciuta validità sia in ambiti nazionali che internazionali. Per ciò che concerne i criteri di appropriatezza dei ricoveri ordinari, lo strumento ad oggi ritenuto più affidabile e valido ², già utilizzato con successo in diverse

² McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000;53:157-184.

regioni italiane tra cui Lombardia, Marche e Friuli Venezia Giulia, è sicuramente il Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale, meglio noto come PRUO. Esso rappresenta l'adattamento italiano dell'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)³, promosso dall'istituto Mario Negri e da un gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia⁴. Relativamente al Manuale PRUO da utilizzare, sono presenti alcune versioni sul territorio nazionale, leggermente differenti tra loro poiché modificate in base alle esigenze degli esperti che hanno applicato il metodo PRUO nelle varie regioni d'Italia. Tra queste ultime, tuttavia, la Lombardia ed il Friuli Venezia Giulia sono le regioni che hanno adottato i criteri più rigorosi per l'applicazione di alcune (lievi) modifiche al Manuale PRUO e la successiva validazione dello stesso. Di conseguenza, il Manuale PRUO che viene applicato nella Regione Abruzzo sarà scelto con appropriata delibera tra una di queste due opzioni, sulla base delle indicazioni del gruppo di lavoro sull'appropriatezza. In breve, qualunque sia la versione, il PRUO permette di verificare se le condizioni cliniche del paziente e la necessità di assistenza o di utilizzo delle strutture ospedaliere giustificano il ricovero. Un'ammissione o una giornata di degenza sono giustificate (cioè appropriate) se fanno uso delle competenze e risorse tipiche dell'ospedale per acuti e se l'utilizzo è intensivo ed organizzato nel tempo in modo da limitare sprechi di risorse. L'inappropriatezza valutata dal PRUO non si riferisce alla necessità che il paziente sia sottoposto ad intervento sanitario o meno, bensì al fatto che la prestazione può essere erogata in strutture diverse ed alternative all'ospedale per acuti (lungodegenza, ambulatorio, domicilio, residenza protetta).

Per ciò che concerne, invece, i ricoveri effettuati in regime di Day Hospital, i criteri utilizzati per la valutazione di appropriatezza sono quelli, altrettanto oggettivi ma ancora più semplificati, riportati in **7. Allegato A1**. Essi sono stati sviluppati in collaborazione con una commissione di esperti regionale, e saranno oggetto di continue verifiche annuali.

Infine, in via assolutamente sperimentale e non legata in alcun modo al sistema di calcolo delle sanzioni, la Regione prevede anche l'impiego del software di analisi della severità della casistica ospedaliera "Disease Staging", sviluppato a partire dagli anni '70 dal Prof. J.S. Gonnella⁵, utilizzato in diversi studi in Italia ed anche in Abruzzo⁶, ed impiegato in tutto il mondo, con diverse modalità, nei sistemi di valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera. Tale strumento permette un'analisi della tempestività e dell'inappropriatezza generica, pesata per la gravità clinica, su tutti i ricoveri ordinari, senza dover ricorrere al campionamento ed alla rilevazione manuale sulle cartelle cliniche. Esso sarà sperimentato per verificare la sua potenziale applicabilità alla realtà regionale ed il futuro impiego ai fini di migliorare la precisione del sistema di controllo nel calcolo delle sanzioni.

³ Gertman PL, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of care. *Med Care* 1981;19:855.

⁴ Lattuada L, Francescutti C, Sampognaro E. L'appropriatezza dei ricoveri. Padova, Edizioni Vega, 2001.

⁵ Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease. A case-mix measurement. *JAMA* 1984;251:637.

⁶ Manzoli L, Romano F, Schioppa F, Staniscia T, Vitullo F, Marasco G, Louis DZ, Gonnella JS. On the use of Disease Staging for clinical management: analysis of untimely admissions in the Abruzzo Region, Italy. *Italian Journal of Public Health* 2004;1:103.

C. Campionamento casuale – concetto di inferenza dei risultati del controllo al totale dei ricoveri

Poiché il metodo di rilevazione dell'appropriatezza si basa sulla revisione manuale delle cartelle cliniche da parte di esperti qualificati, l'esame della totalità dei ricoveri erogati sul territorio regionale comporterebbe un aggravio insostenibile sia per i nuclei valutativi delle strutture, al controllo interno, sia per gli ispettori del governo regionale. Si rende inevitabile, di conseguenza, ricorrere ad una tecnica di campionamento dei ricoveri da esaminare, che sono scelti con criterio casuale dalla ASR. Tuttavia, il campione deve raggiungere una numerosità sufficiente a renderlo statisticamente rappresentativo della totalità dei ricoveri, per poter effettuare una inferenza dei risultati ottenuti sul campione al complesso dei ricoveri effettuati. Risulta evidente, infatti, che tale inferenza è assolutamente necessaria per rendere il sistema realmente efficace; in caso le sanzioni fossero limitate ai soli ricoveri sottoposti a verifica, esse sarebbero talmente limitate da non rappresentare un incentivo sufficiente al miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza. Applicando la formula standard ⁷, adottata anche dalla Regione Lombardia, è stato calcolato che un campione pari al 10% dei ricoveri ordinari – il 20% dei ricoveri DH – di ogni struttura può essere considerato nella grande maggioranza dei casi statisticamente significativo, ovvero permette di estendere i risultati ottenuti sul campione al totale dei ricoveri di quella struttura con un margine di errore considerato accettabile. In aggiunta a questo primo passaggio, cruciale, è da specificare che nel calcolare la sanzione, ovvero il numero dei ricoveri che non vengono valorizzati l'anno successivo, si adotta un'ulteriore metodologia finalizzata ad assicurare la massima garanzia di una corretta inferenza per le strutture sanzionate. Una volta ottenuta la percentuale di ricoveri inappropriati in ogni struttura, sulla base del numero delle cartelle revisionate al controllo interno vengono calcolati i limiti di confidenza inferiore e superiore al 95%, ovvero i margini di errore nell'inferire la quota di inappropriata sul totale dei ricoveri di quella struttura, e la sanzione non è basata sulla stima puntuale derivata dal campione bensì sul limite di confidenza inferiore. Questo passaggio aggiuntivo permette di essere ragionevolmente sicuri che nessun erogatore possa essere colpito in quantità superiore rispetto al proprio livello di inappropriata a causa del processo di campionamento. Adottando questa metodologia, quindi, si intende ridurre in modo rilevante le preoccupazioni, altrimenti fondate, relative ai limiti metodologici connessi a qualunque tipologia di indagine campionaria.

⁷ Formula:

$$n \geq \frac{(1.96)^2 \times N \times Py \times (1 - Py)}{[(N - 1) \times \varepsilon^2 \times Py^2] + [(1.96)^2 \times Py \times (1 - Py)]}$$

Dove: n = campione da calcolare; N = numero dei ricoveri nella popolazione (ad es. 4000); Py = percentuale di inappropriata (ad es. 30%); ε = lo scarto che siamo disposti a tollerare tra la proporzione dell'evento nel nostro campione e quella nella popolazione generale (ad es. 15%). Nell'esempio fornito, i dati sarebbero di conseguenza inseriti:

$$n \geq \frac{(1.96 \times 1.96) \times 4000 \times 0.30 \times (1 - 0.30)}{[(4000 - 1) \times (0.2 \times 0.2) \times (0.3 \times 0.3)] + [(1.96 \times 1.96) \times (0.30) \times (1 - 0.30)]} = 363$$

D. Modalità di calcolo delle sanzioni – quota di inappropriatezza e affidabilità del controllo interno

Come in parte in precedenza accennato, sono previste sanzioni in caso siano riscontrate quote di ricoveri inappropriati. Il punto centrale di tutto il sistema, come detto, è dato dal fatto che tali sanzioni sono proporzionali alla percentuale di ricoveri inappropriati riscontrata in ciascuna struttura, e che, di conseguenza, non vengono sanzionate strutture che lavorano in modo adeguato. Tuttavia, il metodo di calcolo è notevolmente differente nel caso in cui la collaborazione al controllo da parte della struttura erogante sia stata efficace, ovvero vi sia concordanza tra il controllo interno ed esterno, rispetto al caso in cui il controllo interno sia risultato inadeguato. Nel primo caso, la struttura viene “premiata”, poiché le sanzioni vengono calcolate sulla base del limite di confidenza inferiore della quota di inappropriatezza riscontrata al controllo interno, mentre nel secondo caso la struttura può essere penalizzata, poiché le sanzioni sono calcolate sulla base della stima puntuale, senza limite di confidenza, della percentuale di inappropriatezza riscontrata al controllo esterno (non essendo affidabile il dato del controllo interno).

Per le strutture private, le sanzioni consistono, per ciò che concerne i ricoveri ordinari, in una riduzione del numero di ricoveri valorizzati l'anno successivo, mentre per ciò che riguarda i DH, nel loro mancato pagamento. Per le strutture pubbliche, è identico il meccanismo ma, non essendo attuabile una forma di mancato pagamento, le sanzioni di cui sopra si traducono in uno spostamento di risorse di eguale entità dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale.

Da quanto espresso si evince che, per una struttura privata, in caso di efficiente collaborazione dal parte della stessa nel processo di autovalutazione, le percentuali di ricoveri ordinari da non valorizzare l'anno successivo e di DH da non rimborsare sono pari, rispettivamente, ai limiti di confidenza inferiori delle percentuali di inappropriatezza di ricoveri ordinari e di ricoveri DH.

Similmente, per una struttura pubblica, in caso di efficiente collaborazione dal parte della stessa nel processo di autovalutazione, le percentuali di ricoveri ordinari e di DH (o meglio, il corrispondente valore economico) da trasferire dall'ospedale al territorio l'anno successivo sono pari, rispettivamente, ai limiti di confidenza inferiori delle percentuali di inappropriatezza di ricoveri ordinari e di ricoveri DH.

Al contrario, se le strutture, siano esse pubbliche o private, non collaborano efficacemente nel processo di autovalutazione, o mettono in atto comportamenti opportunistici, le percentuali di ricoveri ordinari e DH da ridurre/non rimborsare/trasferire sono pari alle quote di inappropriatezza, rispettivamente di ricoveri ordinari e DH, riscontrate al controllo esterno.

3. Tipologie di ricoveri sottoposti a controllo di appropriatezza.

Sono sottoposti a verifica di appropriatezza ed eventuale sanzione due tipologie di ricovero:

- A. Ricoveri ordinari per acuti, ad esclusione dei ricoveri attribuiti ai 43 DRG elencati nell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001, sotto riportati (per i quali è prevista una modalità di sanzione diretta); dei ricoveri in Unità Operative di Psichiatria ed Ostetricia; dei ricoveri effettuati da soggetti di età uguale od inferiore a 14 anni;
- B. Ricoveri effettuati in regime di Day Hospital medico, ad esclusione dei ricoveri attribuiti ai 43 DRG elencati nell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001, sotto riportati (per i quali è prevista una modalità di sanzione diretta); dei ricoveri in Unità Operative di Psichiatria ed Ostetricia; dei ricoveri effettuati da soggetti di età uguale od inferiore a 14 anni.

Nel capitolo seguente è riportato uno schema sintetico dell'insieme delle attività di controllo finora accennate. I capitoli successivi descrivono in maggiore dettaglio la metodologia seguita.

Elenco dei 43 DRG a rischio di inappropriatazza in base ai criteri esposti nell'Allegato 2C del D.P.C.M. 29/11/2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), esclusi dal controllo di appropriatezza poiché oggetto di modalità di sanzione diretta.

DRG	TIPO	NOME RIDOTTO	Tariffa ord.	Tariffa DH
6	C	Decompressione Tunnel Carpale	2910	1976
19	M	Mal. Nervi Cranici E Periferici Senza Cc	4828	463
25	M	Convulsioni E Cefalea, Eta' >17 Senza Cc	3967	475
39	C	Int. Su Cristallino Con O Senza Vitrectomia	3634	2296
40	C	Int. Extraoculari Escl. Orbita, Eta' >17	2816	1837
41	C	Int. Extraoculari Escl. Orbita, Eta' <18	2571	1769
42	C	Int. Intraoculari Escl. Retina, Iride E Cristallino	4730	2101
55	C	Miscellanea Int. Su Orecchio, Naso, Bocca E Gola	3869	2049
65	M	Alterazioni Dell'equilibrio	3716	475
119	C	Legatura E Stripping Di Vene	3676	2110
131	M	Mal. Vascolari Periferiche Senza Cc	4731	438
133	M	Aterosclerosi Senza Cc	4224	447
134	M	Ipertensione	3903	454
142	M	Sincope E Collasso Senza Cc	3493	470
158	C	Int. Su Ano E Stoma Senza Cc	3426	1413
160	C	Int. Ernia Escl. Inguin. E Femor., Eta' >17 Senza Cc	4629	1738
162	C	Int. Ernia Inguinale E Femorale, Eta' >17 Senza Cc	3584	1798
163	C	Int. Ernia, Eta' <18	2566	1905
183	M	Gastroent., Miscell. Mal. Diger., Eta' >17 Senza Cc	3373	442
184	M	Gastroent., Miscell. Mal. Diger., Eta' <18	2444	517
187	M	Estrazioni E Riparazioni Dentali	3207	719
208	M	Mal. Vie Biliari Senza Cc	4333	444
222	C	Int. Su Ginocchio Senza Cc	5329	2861
232	C	Artroscopia	3826	2091
243	M	Affezioni Mediche Del Dorso	4213	468
262	C	Biopsia Mammella E Esciss. Locale Non Per T.M.	3085	1788
267	C	Interventi Perianali E Pilonidali	3873	1522
270	C	Altri Int. Pelle, Sottocutaneo E Mammella Senza Cc	3396	1541
276	M	Patologie Non Maligne Della Mammella	2664	507
281	M	Traumi Pelle, Sottocut. E Mammella, Eta' >17 Senza C	3115	627
282	M	Traumi Pelle, Sottocut. E Mammella, Eta' <18	2834	976
283	M	Mal. Minori Della Pelle Con Cc	5588	477
284	M	Mal. Minori Della Pelle Senza Cc	3304	454
294	M	Diabete Eta' >35	5004	434
301	M	Mal. Endocrine Senza Cc	3753	540
324	M	Calcolosi Urinaria Senza Cc	2914	429
326	M	Segni, Sintomi Rene E Vie Urinarie, Eta' >17 Senza C	4130	511
364	C	D&C, Conizzazione Escl. Per T.M.	2846	1447
395	M	Anomalie Dei Globuli Rossi, Eta' >17	6571	542
426	M	Nevrosi Depressive	4148	408
427	M	Nevrosi Escl. Nevrosi Depressive	3650	439
429	M	Disturbi Organici E Ritardo Mentale	5716	429
467	M	Altri Fattori Che Influenzano Lo Stato Di Salute	2931	532

4. Schema sintetico delle attività di controllo dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria - Regione Abruzzo.

Tipo Controllo	Metodo	Campione	Sanzioni *
<p>Controllo Interno (CI)</p> <p>CI1. Congruenza</p> <p>Tracciato record ricoveri Controllo che i dati riportati sulla SDO concordino con quelli presenti sulla cartella clinica</p>	Indicazioni nazionali Verifica congruenza SDO-cartella	Tale tipologia di controllo viene effettuata su tutti i ricoveri le cui cartelle sono sottoposte ai controlli	Vedere analogia tipologia di controllo in controllo esterno (CE1)
<p>CI2. Appropriatazza su ricoveri ordinari</p> <p>A. Ricoveri ordinari (tutti i DRG esclusi U.O. Psichiatria, Ostetricia, 43 DRG a rischio inappropriatazza e soggetti di età < 14 anni) B. DH (con le esclusioni sopra citate e, in aggiunta, esclusi i DS)</p>	A. PRUO B. Criteri regionali	A. 10% delle cartelle per ogni struttura, scelte da ASR casualmente. B. 20% delle cartelle per ogni struttura, scelte casualmente da ASR	Vedere CE2.A Vedere CE2.B
<p>Controllo esterno (CE)</p> <p>CE1. Congruenza (generale)</p> <p>Tracciato record ricoveri Controllo che i dati riportati sulla SDO concordino con quelli presenti sulla cartella clinica</p>	Indicazioni nazionali Verifica congruenza SDO-cartella	Tale tipologia di controllo viene effettuata su tutti i ricoveri le cui cartelle sono sottoposte ai controlli	A meno che non siano previste specifiche modalità di sanzione (riportate nei punti successivi), se la pratica non è confermata: assegnazione ≠ DRG; ≠ durata degenza o tariffa DH.
<p>CE2. Appropriatazza su ricoveri in altri DRG</p> <p>A. Ricoveri ordinari (tutti i DRG esclusi U.O. Psichiatria, Ostetricia, 43 DRG a rischio inappropriatazza e soggetti di età < 14 anni) B. DH (con le esclusioni sopra citate e, in aggiunta, esclusi i DS)</p>	A. PRUO Disease Staging B. Criteri regionali	A. 2% delle cartelle, estratte casualmente da ASR tra quelle già controllate al controllo interno. Il Disease Staging analizza tutte le SDO ed è usato a solo scopo sperimentale B. 4% delle cartelle, estratte casualmente da ASR tra quelle già controllate al controllo interno.	A. In ogni struttura: (Tot ricoveri con giornata d'ammissione inappropriata + (Totale giornate ricovero inappropriata / media durata ricoveri)) / Tot ricoveri = % inappropriatazza, con inferenza su limite 95% inferiore (a meno di discordanza tra controllo interno ed esterno). Se, ad es. inappropriatazza 5% al controllo interno, la riduzione ricoveri per l'anno successivo sarà un valore di poco inferiore al 5%. B. I ricoveri inappropriati non vengono rimborsati, con inferenza su limite 95% inferiore (a meno che non vi sia discordanza tra controllo interno e esterno).
<p>CE3. Misura di emergenza sui ricoveri ordinari 43 DRG inappropriati</p> <p>Ricoveri ordinari attribuiti ai 26 DRG medici compresi nell'elenco DPCM 29/11/2001 Ricoveri ordinari attribuiti ai 17 DRG chirurgici compresi nell'elenco DPCM 29/11/2001</p>	-- --	90% (il 10% di ricoveri ordinari è tollerato).	Corrispondente Tariffa DH Corrispondente Tariffa DS

Note: PRUO = Protocollo di Revisione di Utilizzo Ospedale. DH = Day Hospital; DS = Day Surgery.

* Le sanzioni indicate si intendono riferite alle strutture sanitarie private. Le corrispondenti sanzioni per il pubblico saranno calcolate e re-distribuite a favore del territorio.

5. Metodologia per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per acuti (Punti CI2.A e CE2.A nello schema di controlli di cui al capitolo 4)

A. Fasi preliminari

1. La ASR organizza il corso PRUO che dovrà essere frequentato da 30 ispettori regionali da nominare con specifico atto regionale e da uno o due rappresentanti per ognuna delle 31 strutture sanitarie regionali, sia pubbliche che private. Il corso è privo di costo di iscrizione.
2. Una volta terminato il corso, i partecipanti ottengono la qualifica di "controllore PRUO" e possono svolgere ufficialmente l'incarico di controllo sulle cartelle in base alle modalità più avanti definite. Il corso prevede un esame finale, vincolante ai fini dell'assegnazione del certificato, che consiste, per ogni partecipante, in un'analisi dell'appropriatezza di un congruo numero di cartelle campione (minimo 20). I risultati dell'esaminando sono confrontati con quelli di riferimento (ottenuti dai docenti del corso) e dovranno concordare con essi ad un livello di almeno l'80% (K di Cohen sulla giornata di degenza ≥ 0.80 , calcolata secondo la formula standard ⁸). In caso di mancato superamento dell'esame, esso deve essere ripetuto dal candidato respinto fino a quando egli non ottiene il punteggio di concordanza/affidabilità sopra riportato.
3. Ogni struttura regionale si impegna a fornire alla ASR almeno un candidato per il corso entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto. Egli, una volta ottenuto il certificato, sarà la persona incaricata del controllo di appropriatezza interno alla struttura. In caso nessuno dei candidati di una struttura riesca a superare l'esame, tale struttura deve ricorrere ad uno dei 30 ispettori regionali, selezionato casualmente dall'ASR, dietro pagamento della tariffa di 145 euro ogni 5 ore di attività. Si raccomanda, pertanto, che ogni struttura, specialmente se con un numero annuo di ricoveri ordinari (con le esclusioni più avanti citate) superiore a 5000, invii due candidati al corso, in modo da avere a disposizione più di un controllore PRUO.

⁸ La formula viene derivata da una tavola di contingenza tra due valutatori:

Rilevatore 1	Rilevatore 2		Totale
	Giornate/ricoveri appropriati	Giornate/ricoveri inappropriati	
Giornate/ricoveri appropriati	A	B	G
Giornate/ricoveri inappropriati	C	D	H
Totale	E	F	I

$$K = \frac{\{ [(A + D) / I] - \{ [(A + B) / I] \times [(A + C) / I] \} + \{ 1 - [(A + B) / I] \} \times \{ 1 - [(A + C) / I] \} \}}{1 - \{ [(A + B) / I] \times [(A + C) / I] \} + \{ 1 - [(A + B) / I] \} \times \{ 1 - [(A + C) / I] \}}$$

B. Fasi operative

1. Per ogni struttura, l'ASR seleziona in modo del tutto casuale, sulla base dei dati SDO, un campione di cartelle da sottoporre al controllo esterno pari al 2% del totale dei ricoveri ospedalieri per acuti, esclusi i ricoveri classificati nei 43 DRG a rischio di inappropriata (individuati secondo i criteri di selezione del DPCM 29/11/2001), i ricoveri delle U.O. di Psichiatria, di Ostetricia ed i ricoveri a soggetti di età inferiore a 14 anni.
2. In ogni struttura, tale campione di cartelle da sottoporre a controllo esterno viene esaminato in loco da due ispettori regionali (controllori PRUO), i quali svolgono un processo di revisione delle cartelle, secondo i criteri del Manuale PRUO. In breve, se la giornata d'ammissione risulta inappropriata al controllo, tutto il ricovero è considerato inappropriato e non si prosegue con l'esame delle altre giornate di ricovero. Se invece la giornata di ammissione è appropriata, si valutano tutte le giornate di ricovero e si segnalano quelle inappropriata nell'apposita scheda. E' da specificare che, se durante il controllo esterno una cartella tra quelle indicate dall'ASR non risulta reperibile, in mancanza di idonea ed ufficiale documentazione esplicativa di tale mancanza il ricovero corrispondente viene valutato inappropriato. Inoltre, i nominativi degli ispettori componenti il gruppo sono scelti in modo casuale, escludendo di volta in volta coloro che hanno residenza prossima al luogo ove la struttura oggetto della revisione è ubicata, e coloro che sono legati da rapporti di lavoro con la struttura stessa. Infine, una volta terminato il controllo esterno, che deve essere svolto in modo da evitare che il personale della struttura venga a conoscenza dei risultati, i controllori PRUO regionali sono tenuti ad un riserbo assoluto sugli esiti, pena l'immediata esclusione dal gruppo di valutatori e la revoca della qualifica.
3. Successivamente alla ricezione dei risultati del controllo esterno relativi a tutte le strutture regionali, l'ASR fornisce ad ognuna di esse un secondo elenco di cartelle da sottoporre, invece, al controllo interno. Questo nuovo campione di cartelle è pari all'10% del totale dei ricoveri, e tali cartelle sono estratte con modalità casuale, tuttavia includendo al proprio interno tutte le cartelle precedentemente sottoposte a controllo esterno. Tale campione è statisticamente rappresentativo del totale dei ricoveri, con un margine di inferenza minore del 10% sulla stima puntuale (ovvero largamente superiore agli standard accettati a livello internazionale, che sono quelli – estremamente conservativi – in seguito applicati).
4. Ogni struttura, una volta ricevuta la comunicazione da parte dell'ASR dei numeri di cartella da esaminare, si impegna a svolgere il controllo interno di appropriatezza su tali cartelle, avvalendosi del proprio controllore PRUO, il quale effettua la verifica di appropriatezza secondo i criteri elencati nello specifico Manuale PRUO fornito dall'ASR durante il corso, identici a quelli utilizzati dai controllori regionali nel controllo esterno. Il controllo interno viene svolto in cieco, nel senso che gli ispettori PRUO della struttura non

devono essere a conoscenza dei risultati su quel 2% di cartelle già esaminato al controllo esterno.

5. Una volta concluso il controllo interno, la cui durata non deve superare i 45 giorni, ogni struttura si impegna ad inviare i risultati di ogni cartella revisionata, in formato digitale compilando l'apposito file fornito dall'ASR, sia al Direttore dell'ASR, sia al Direttore del Servizio Sanità Regionale. Se una struttura non invia i dati sul controllo interno alla ASR e Direzione Sanità entro 15 giorni dalla data concordata per il termine del controllo interno, viene svolto un sollecito e sono tollerati altri 15 giorni per l'arrivo dei dati. Una volta scaduto anche questo termine ulteriore, vengono considerati validi in tutto e per tutto i risultati ottenuti al controllo esterno e le sanzioni vengono basate su tali dati (modalità di sanzione straordinaria).
6. Dopo aver ricevuto i dati del controllo interno, l'ASR dispone di due risultati distinti ottenuti sulle stesse cartelle (il 2% dei ricoveri totali, il 20% dei ricoveri soggetti a verifica interna). I primi risultati sono quelli ottenuti dai controllori PRUO regionali durante il controllo esterno, i secondi sono quelli ottenuti, sulle stesse cartelle, dal controllore PRUO della struttura regionale durante il controllo interno. I due output sono messi a confronto per ciò che concerne il numero di giornate inappropriate sui singoli ricoveri e, in caso di concordanza ≥ 0.60 (calcolata tramite statistica K), sono considerati validi, *in toto*, i dati sulla quota di ricoveri e giornate inappropriate forniti dalla struttura durante il controllo interno, Tali dati sono in seguito utilizzati per il calcolo delle eventuali sanzioni secondo la modalità ordinaria (descritta al punto C3). In caso, invece, i risultati del controllo esterno ed interno abbiano una concordanza minore di 0.60, viene considerata valida la quota di inappropriatezza riscontrata al controllo esterno e le eventuali sanzioni derivanti da tale quota di inappropriatezza sono calcolate secondo la modalità straordinaria (di cui al punto C4). Si precisa che ogni struttura deve avere a disposizione un proprio controllore certificato PRUO, il quale ha frequentato il corso regionale e, di conseguenza, possiede gli strumenti conoscitivi e le capacità tecniche per poter ampiamente soddisfare il requisito di 0.60 di concordanza rispetto ai valori degli ispettori regionali. Si fa notare, inoltre, come il gruppo responsabile del controllo esterno sia composto da 2 ispettori, per cui la possibilità di errore o di bias dovuto a variabilità inter-operatore risulta notevolmente ridotta.
7. Quanto descritto al punto precedente è valido sempre, a meno che non si verifichi una situazione di anomalia epidemiologico-statistica, ovvero una concordanza tra controllo interno ed esterno ($K \geq 0.60$), ed una discrepanza superiore al limite di confidenza al 95% (inferiore, one-sided), tra la quota di inappropriatezza complessiva riscontrata al controllo interno e quella ottenuta al controllo esterno. Tale condizione, per l'appunto anomala, potrebbe sottendere ad un tentativo di comportamento opportunistico, poiché la percentuale di inappropriatezza dichiarata dagli ispettori delle strutture risulta notevolmente più bassa rispetto a quella ottenuta, sebbene su un campione minore, dagli

ispettori PRUO regionali. In questo caso, e solo in questo caso, si rende quindi necessaria una ulteriore verifica: l'ASR procede ad un ulteriore controllo esterno su un terzo campione di cartelle, estratte casualmente tra quelle non sottoposte ad alcun controllo, di numero pari all'1% del totale dei ricoveri. Una volta terminato questo terzo controllo aggiuntivo (controllo di verifica straordinaria), la quota di inappropriatazza sarà pari alla stima puntuale di inappropriatazza ottenuta sommando i risultati del primo e secondo controllo esterno.

C. Calcolo delle eventuali sanzioni

1. Le eventuali sanzioni sono calcolate in modo distinto per ogni struttura e sono basate sulla percentuale di ricoveri inappropriati ottenuta dai controllori PRUO durante il controllo interno o, in caso di mancata concordanza tra i risultati del controllo interno ed esterno, le sanzioni sono basate sulla percentuale di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno. Le percentuali di inappropriatazza, sia al controllo interno che esterno, vengono ricavate attraverso i seguenti passaggi:
 - a) calcolo del numero di ricoveri con giornata di ammissione inappropriata;
 - b) calcolo del numero complessivo di giornate di ricovero inappropriato riscontrate (escluse le giornate di ammissione);
 - c) calcolo della degenza media dei ricoveri ordinari nella struttura in esame;
 - d) divisione tra (b) e (c), in modo da ottenere una stima del numero di ricoveri inappropriati derivanti dal totale delle giornate inappropriato;
 - e) somma di (a) + (d), ottenendo la stima finale del numero di ricoveri inappropriati (ovvero, sia quelli derivanti da giornata di ammissione inappropriata, sia dal computo generale delle altre giornate di ricovero inappropriato);
 - f) divisione tra il numero totale di ricoveri ordinari (con le esclusioni citate) effettuati in quella struttura ed il numero finale di ricoveri inappropriati di cui al punto (e), ottenendo in tal modo la percentuale di inappropriatazza specifica della struttura. Questa "quota di inappropriatazza" serve come base per il calcolo della eventuale sanzione e la successiva inferenza di tale sanzione al totale dei ricoveri ordinari, come di seguito descritto in dettaglio.
2. Si hanno, a questo punto, le quote di inappropriatazza specifiche per ogni struttura. E' logico ritenere che si otterranno, per ogni struttura, due quote di inappropriatazza: quella riscontrata al controllo interno e quella riscontrata al controllo esterno. A questo punto, come già accennato, sono possibili due scenari:
3. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati eguale o superiore a 0.60, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo interno. Vengono a questo punto calcolati i limiti di confidenza al 95% superiore ed inferiore di tale quota tramite la formula standard utilizzata dal programma statistico STATA,

versione 8.2 (STATA Corp. College Station, Texas, USA, 2003) ⁹. Una volta noto il limite di confidenza inferiore della quota di inappropriatazza, l'anno successivo i ricoveri per tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari a tale quota, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri pari al numero di ricoveri nell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione ordinaria) – se la struttura è pubblica tale quota sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri ordinari e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale.

4. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati inferiore a 0.60, ovvero i propri risultati non possono considerarsi affidabili, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo esterno (stima puntuale). L'anno successivo i ricoveri di tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari alla quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri pari al numero di ricoveri dell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione straordinaria) – se la struttura è pubblica la quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri ordinari e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale. Va infine ribadito che la modalità di sanzione straordinaria si applica anche nel caso di anomalia statistico-epidemiologica descritta al punto B7; caso in cui la quota di inappropriatazza su cui basare la sanzione sarà quella ottenuta dalla media pesata di entrambi i controlli interni, quello di routine e quello straordinario.

⁹ Formula:

Limiti di confidenza al 95% (95% CI) = $p \pm 1.96 \times \sqrt{[p \times (1-p)] / n} \times 100$

Ove p = percentuale di inappropriatazza nel campione, e n = numero di cartelle/giornate nel campione. Se, ad esempio, il campione è pari a 500 cartelle, con una quota di inappropriatazza pari al 25% (125 cartelle inappropriate), i parametri sono così inseriti:

95% CI = $0.25 \pm 1.96 \times \sqrt{(0.25 \times 0.75) / 500} \times 100 = 21.2\% - 29.0\%$.

6. Metodologia per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in Day Hospital (DH) (Punti CI2.B e CE2.B nello schema di controlli di cui al capitolo 4)

A. Fasi preliminari

1. La ASR propone alcuni criteri di semplice verifica per il giudizio di appropriatezza dei ricoveri in DH medico. Questi criteri vengono aggiornati ogni anno e sono riportati in dettaglio nel **7. Allegato A1**.

B. Fasi operative

1. Per ogni struttura, l'ASR seleziona in modo del tutto casuale, sulla base dei dati SDO, un campione di cartelle da esaminare pari al 4% del totale dei ricoveri DH, esclusi i ricoveri classificati nei 43 DRG a rischio di inappropriatezza (individuati secondo i criteri di selezione del DPCM 29/11/2001), i ricoveri delle U.O. di Psichiatria, di Ostetricia ed i ricoveri a soggetti di età inferiore a 14 anni.
2. In ogni struttura, tale campione di cartelle da sottoporre a controllo esterno viene esaminato in loco da due ispettori regionali (controllori PRUO), i quali svolgono un processo di revisione delle cartelle, secondo i criteri riportati nel **7. Allegato A1**. E' da specificare che, se durante il controllo esterno una cartella tra quelle indicate dall'ASR non risulta reperibile, in mancanza di idonea ed ufficiale documentazione esplicativa di tale mancanza il ricovero corrispondente viene valutato inappropriato. Inoltre, i nominativi degli ispettori componenti il gruppo sono scelti in modo casuale, escludendo di volta in volta coloro che hanno residenza prossima al luogo ove la struttura oggetto della revisione è ubicata, e coloro che sono legati da rapporti di lavoro con la struttura stessa. Infine, una volta terminato il controllo esterno, che deve essere svolto in modo da evitare che il personale della struttura venga a conoscenza dei risultati, i controllori PRUO regionali sono tenuti ad un riserbo assoluto sugli esiti, pena l'immediata esclusione dal gruppo di valutatori e la revoca della qualifica.
3. Successivamente alla ricezione dei risultati del controllo esterno relativi a tutte le strutture regionali, l'ASR fornisce ad ognuna di esse un secondo elenco di cartelle da sottoporre, invece, al controllo interno. Questo nuovo campione di cartelle è pari all'20% del totale dei ricoveri DH, e tali cartelle sono estratte con modalità casuale, tuttavia includendo al proprio interno tutte le cartelle precedentemente sottoposte a controllo esterno. Tale campione è statisticamente rappresentativo del totale dei ricoveri, con un margine di inferenza minore del 10% sulla stima puntuale (ovvero largamente superiore agli standard accettati a livello internazionale, che sono quelli – estremamente conservativi – in seguito applicati).
4. Ogni struttura, una volta ricevuta la comunicazione da parte dell'ASR dei numeri di cartella da esaminare, si impegna a svolgere il controllo interno di appropriatezza su tali cartelle, avvalendosi di propri ispettori, i quali possono essere controllori PRUO come

anche medici che non abbiano frequentato il corso PRUO. Essi effettuano la verifica di appropriatezza secondo i criteri elencati nel **7. Allegato A1**, identici a quelli utilizzati dai controllori regionali nel controllo esterno. Il controllo interno viene svolto in cieco, nel senso che gli ispettori della struttura non devono essere a conoscenza dei risultati su quel 4% di cartelle già esaminato al controllo esterno.

5. Una volta concluso il controllo interno, la cui durata non deve superare i 45 giorni, ogni struttura si impegna ad inviare i risultati di ogni cartella revisionata, in formato digitale compilando l'apposito file fornito dall'ASR, sia al Direttore dell'ASR, sia al Direttore del Servizio Sanità Regionale. Se una struttura non invia i dati sul controllo interno alla ASR e Direzione Sanità entro 15 giorni dalla data concordata per il termine del controllo interno, viene svolto un sollecito e sono tollerati altri 15 giorni per l'arrivo dei dati. Una volta scaduto anche questo termine ulteriore, vengono considerati validi in tutto e per tutto i risultati ottenuti al controllo esterno e le sanzioni vengono basate su tali dati (modalità di sanzione straordinaria).
6. Dopo aver ricevuto i dati del controllo interno, l'ASR dispone di due risultati distinti ottenuti sulle stesse cartelle (il 4% dei ricoveri DH totali, il 20% dei ricoveri soggetti a verifica interna). I primi risultati sono quelli ottenuti dai controllori PRUO regionali durante il controllo esterno, i secondi sono quelli ottenuti, sulle stesse cartelle, dall'ispettore/i della struttura regionale durante il controllo interno. I due output sono messi a confronto per ciò che concerne il numero di ricoveri inappropriati e, in caso di concordanza ≥ 0.60 (calcolata tramite statistica K), sono considerati validi, *in toto*, i dati sulla quota di ricoveri inappropriati forniti dalla struttura durante il controllo interno, Tali dati sono in seguito utilizzati per il calcolo delle eventuali sanzioni secondo la modalità ordinaria (descritta al punto C2). In caso, invece, i risultati del controllo esterno ed interno abbiano una concordanza minore di 0.60, viene considerata valida la quota di inappropriata riscontrata al controllo esterno e le eventuali sanzioni derivanti da tale quota di inappropriata sono calcolate secondo la modalità straordinaria (di cui al punto C3). Si precisa che i criteri di appropriatezza sono relativamente semplici ed oggettivi e si fa notare, inoltre, come il gruppo responsabile del controllo esterno sia composto da 2 ispettori, per cui la possibilità di errore o di bias dovuto a variabilità inter-operatore risulta notevolmente ridotta.
7. Quanto descritto al punto precedente è valido sempre, a meno che non si verifichi una situazione di anomalia epidemiologico-statistica, ovvero una concordanza tra controllo interno ed esterno ($K \geq 0.60$), ed una discrepanza superiore al limite di confidenza al 95% (inferiore, one-sided), tra la quota di inappropriata complessiva riscontrata al controllo interno e quella ottenuta al controllo esterno. Tale condizione, per l'appunto anomala, potrebbe sottendere ad un tentativo di comportamento opportunistico, poiché la percentuale di inappropriata dichiarata dagli ispettori delle strutture risulta notevolmente più bassa rispetto a quella ottenuta, sebbene su un campione minore, dagli

ispettori PRUO regionali. In questo caso, e solo in questo caso, si rende quindi necessaria una ulteriore verifica: l'ASR procede ad un ulteriore controllo esterno su un terzo campione di cartelle, estratte casualmente tra quelle non sottoposte ad alcun controllo, di numero pari all'1% del totale dei ricoveri. Una volta terminato questo terzo controllo aggiuntivo (controllo di verifica straordinaria), la quota di inappropriatazza sarà pari alla stima puntuale di inappropriatazza ottenuta sommando i risultati del primo e secondo controllo esterno.

C. Calcolo delle eventuali sanzioni

1. Le eventuali sanzioni sono calcolate in modo distinto per ogni struttura e sono basate sulla percentuale di ricoveri inappropriati ottenuta dai controllori durante il controllo interno o, in caso di mancata concordanza tra i risultati del controllo interno ed esterno, le sanzioni sono basate sulla percentuale di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno. Si hanno, a questo punto, le quote di inappropriatazza specifiche per ogni struttura. E' logico ritenere che si otterranno, per ogni struttura, due quote di inappropriatazza: quella riscontrata al controllo interno e quella riscontrata al controllo esterno. A questo punto, come già accennato, sono possibili due scenari:
2. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati eguale o superiore a 0.60, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo interno. Vengono a questo punto calcolati i limiti di confidenza al 95% superiore ed inferiore di tale quota tramite la formula standard utilizzata dal programma statistico STATA. Una volta noto il limite di confidenza inferiore della quota di inappropriatazza, l'anno successivo i ricoveri DH per tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari a tale quota, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri DH pari al numero di ricoveri DH nell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione ordinaria) – se la struttura è pubblica tale quota sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri DH e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget ospedaliero a quello territoriale.
3. Se la struttura ha ottenuto, nel controllo tra i risultati del controllo interno ed esterno, un coefficiente di affidabilità K dei propri risultati inferiore a 0.60, ovvero i propri risultati non possono considerarsi affidabili, si considera valida *in toto* la quota di inappropriatazza dichiarata al controllo esterno (stima puntuale). L'anno successivo i ricoveri DH di tale struttura – se privata – dovranno essere ridotti di una percentuale pari alla quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno, e sarà valorizzato un massimo di ricoveri DH pari al numero di ricoveri DH dell'anno precedente diminuito di tale quota (modalità di sanzione straordinaria) – se la struttura è pubblica la quota di inappropriatazza riscontrata al controllo esterno sarà moltiplicata per la valorizzazione complessiva dei ricoveri DH e, l'anno successivo, dovrà essere trasferita dal budget

ospedaliero a quello territoriale. Va infine ribadito che la modalità di sanzione straordinaria si applica anche nel caso di anomalia statistico-epidemiologica descritta al punto B7; caso in cui la quota di inappropriately su cui basare la sanzione sarà quella ottenuta dalla media pesata di entrambi i controlli interni, quello di routine e quello straordinario.

7. Allegato A1. Criteri di appropriatezza dei ricoveri in Day Hospital (DH).

Le tipologie di DH medici sono riconducibili a due categorie: DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico e DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico.

1. DH diagnostici

Sono considerate appropriate due tipologie di DH diagnostici:

- 1.1. DH diagnostici che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza, ovvero:
 - a. esami strumentali in pazienti “a rischio”, che richiedano un’osservazione per almeno 2 ore dopo l’esecuzione dell’esame (lo stato di paziente “a rischio” deve essere esplicitato in cartella e, sempre in cartella, deve essere registrata l’osservazione nelle 2 ore successive);
 - b. esami che richiedano la somministrazione per via endovenosa di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitino di monitoraggio nelle 2 ore successive (il monitoraggio deve essere registrato in cartella);
 - c. esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (come, per esempio, un rischio di shock anafilattico, di scompenso emodinamico o metabolico, etc.), richiedano un monitoraggio clinico (il tipo di rischio e il successivo monitoraggio devono essere documentati in cartella).
- 1.2. DH diagnostici effettuati per le specifiche condizioni cliniche del paziente, ove siano state effettuate prestazioni ambulatoriali (in linea generale almeno tre) in pazienti non collaboranti (es. pazienti geriatrici, pediatrici e affetti da demenza), che richiedono un’assistenza dedicata con il coinvolgimento di personale per i trasporti interni e l’assistenza continua.

2. DH terapeutici

Per la definizione di appropriatezza dei DH terapeutici si considerano i seguenti criteri:

1. effettuazione di chemioterapia, specie quando è necessario utilizzare (a) antitumorali per via endovenosa; (b) terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, etc.) per via endovenosa;
2. effettuazione di terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi (la terapia marziale endovena di norma non costituisce indicazione all’uso del DH): (a) tempo di somministrazione superiore a 60 minuti; (b) necessità di sorveglianza/monitoraggio (clinico o strumentale) per più di 2 ore dopo la somministrazione; (c) necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;

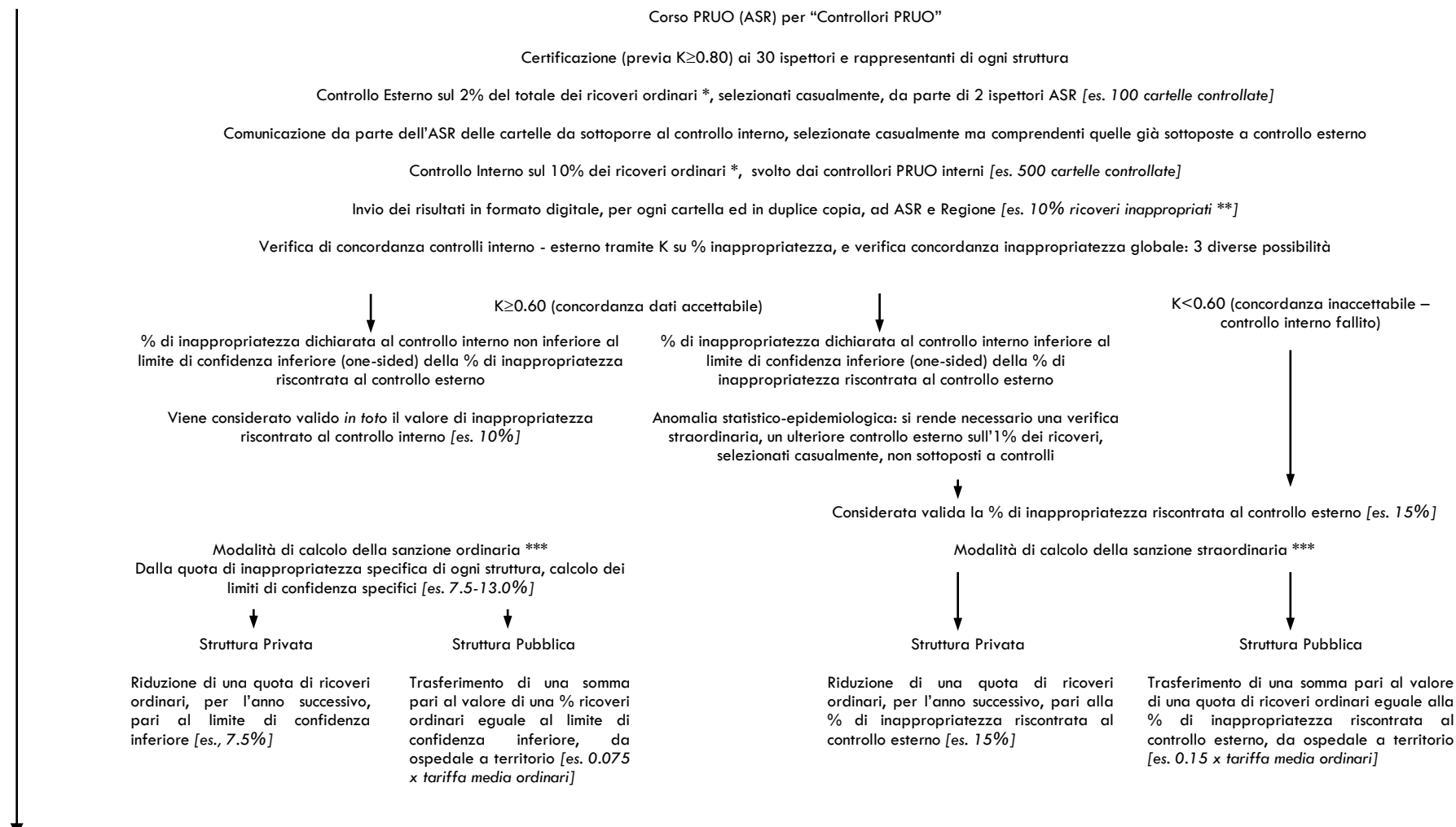
3. effettuazione di procedure terapeutiche invasive con problematiche di sicurezza.

La terapia trasfusionale con sangue o emoderivati e il salasso terapeutico non contribuiscono di per sé indicazioni all'uso del DH, ma vanno effettuati in regime ambulatoriale.

Tutte le prestazioni che non rientrano nei criteri di appropriatezza esposti devono essere erogate in regime ambulatoriale.

8. Schema riassuntivo e simulazione (ricoveri ordinari * – CI2.A e CE2.A)

Parametri della simulazione: Totale di ricoveri ordinari nella struttura * = 5.000; Costo medio di ognuno di questi ricoveri=2000 euro; costo medio di ognuno di questi ricoveri in DH/DS=600 euro.



* Ad esclusione dei 43 DRG a rischio di inapproprietezza. Sono inoltre esclusi dal computo e dal controllo tutti i ricoveri effettuati dalle U.O. Psichiatria, Ostetricia, e su soggetti di età < 14 anni.

** Calcolati secondo la seguente formula, in ogni struttura: [n. di ricoveri con giornata di ammissione inappropriata + (n. di giornate di ricovero inappropriato / degenza media nella struttura)] / Totale ricoveri in quella struttura.

*** Tutte le sanzioni ivi elencate si aggiungono a quelle eventualmente attribuite a seguito di altre tipologie di controllo.

9. Schema riassuntivo e simulazione (ricoveri DH * – CI2.B e CE2.B)

Parametri della simulazione: Totale di ricoveri in DH nella struttura*=1000; Costo medio di ognuno di questi ricoveri=600 euro. Costo complessivo di questi ricoveri = 600.000 euro.

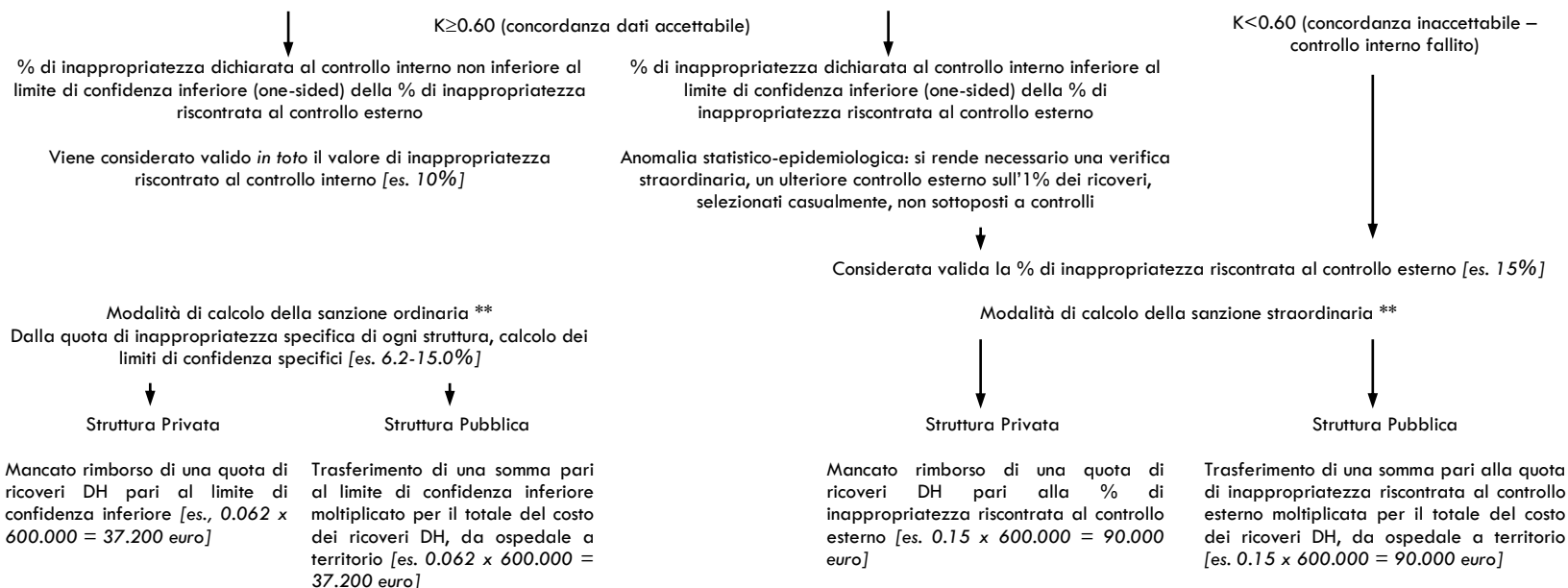
Controllo Esterno sul 4% del totale dei ricoveri DH *, selezionati casualmente, da parte di 2 ispettori ASR in base ai criteri specificati dalla Regione [es. 40 cartelle controllate]

Comunicazione da parte dell'ASR delle cartelle da sottoporre al controllo interno, selezionate casualmente ma comprendenti quelle già sottoposte a controllo esterno

Controllo Interno sul 20% dei ricoveri DH *, svolto dai controllori interni in base agli stessi criteri del controllo esterno [es. 200 cartelle controllate]

Invio dei risultati in formato digitale, per ogni cartella ed in duplice copia, ad ASR e Regione [es. 10% ricoveri DH inappropriati **]

Verifica di concordanza controlli interno - esterno tramite K su % inapproprietezza, e verifica concordanza inapproprietezza globale: 3 diverse possibilità



* Ad esclusione dei 43 DRG a rischio di inapproprietezza. Sono inoltre esclusi dal computo e dal controllo tutti i ricoveri effettuati dalle U.O. Psichiatria, Ostetricia, e su soggetti di età < 14 anni.

** Tutte le sanzioni ivi elencate si aggiungono a quelle eventualmente attribuite a seguito di altre tipologie di controllo.

LINEE-GUIDA SULLE ATTIVITA' CLINICHE A CICLO DIURNO

DAY HOSPITAL – DAY SERVICE - DAY SURGERY CHIRURGIA AMBULATORIALE

INDICE

1. PREMESSA.....	24
2. DEFINIZIONI.....	26
3. DAY HOSPITAL.....	27
3.1. Finalità	
3.2. Caratteristiche	
3.3. Tipologie di day hospital	
3.4. Criteri di appropriatezza DH	
3.5. Disciplina dell'assistenza in day hospital	
4. DAY SERVICE	31
4.1. Indicazioni	
4.2. Obiettivi	
5. PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI.....	32
5.1. Costruzione del PAC	
5.2. Criteri di selezione dei problemi clinici	
5.3. Definizione della organizzazione della gestione dei PAC	
5.4. Il percorso del PAC	
6. DAY SURGERY.....	35
6.1. Obiettivi	
6.2. Modelli organizzativi	
6.3. Indicazioni per l'attivazione di unità di day surgery	
6.3.1. Criteri di selezione dei pazienti	
6.4. Il percorso in day surgery	
6.4.1. Fase di definizione del percorso assistenziale	
6.4.2. Fase di ammissione	
6.4.3. Fase di cura	
6.4.4. Fase di dimissione	
6.4.5. Fase di follow-up	
6.5. Somministrazione di farmaci	
6.6. Rapporti con il medico di medicina generale	
6.7. Indicatori per la valutazione delle attività e della qualità del day surgery	
7. CHIRURGIA AMBULATORIALE.....	42
8. REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE DELL'ATTIVITÀ CLINICA A CICLO DIURNO.....	43
ALLEGATI	
Allegato B1 – NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI SULLE ATTIVITA' OSPEDALIERE A CICLO DIURNO	
Allegato B2 – AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (A.S.A.)	
Allegato B3 – LISTA DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME DI DAY SURGERY	
Allegato B4 – LISTA DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME AMBULATORIALE	
Allegato B5 – REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL	
Allegato B6 – REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEL DAY SURGERY	

1. PREMESSA

Lo scopo delle presenti linee guida è quello di regolamentare le attività ospedaliere a ciclo diurno (day hospital, day service, day surgery, chirurgia ambulatoriale) fornendo alle Aziende Sanitarie pubbliche e alle strutture private accreditate indicazioni su:

- prestazioni erogabili;
- percorsi operativi e organizzativi;
- requisiti di appropriatezza;
- modalità di sviluppo dei regolamenti aziendali.

La logica di sviluppo e potenziamento dell'insieme delle attività a ciclo diurno risiede nel fatto che **non** è più il Cittadino che ricerca all'interno del sistema organizzativo ospedaliero le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, adattandosi quindi al sistema già così costruito, quanto le strutture ospedaliere che identificano percorsi di fornitura di prestazioni finalizzate alla soluzione **non** della singola prestazione, ma alla conclusione della globalità delle prestazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di risposta al bisogno di salute, in tempi rapidi, razionalizzando l'uso delle risorse nei percorsi; **semplificando** al Cittadino l'accesso negli stessi percorsi, garantendo quindi continuità e razionalità di gestione assistenziale nei percorsi (**efficienza**), e attenzione alle specificità dei bisogni di salute individuali da recuperare (**efficacia**).

Inoltre il potenziamento delle attività a ciclo diurno trova la sua ragione d'essere nel processo di sviluppo dell'appropriatezza dei regimi assistenziali e di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Il regime di ricovero diurno (**Day Hospital**) consente infatti di garantire adeguati livelli qualitativi di assistenza con costi contenuti e contribuisce al miglioramento complessivo dell'efficienza operativa degli ospedali, nonché al miglioramento qualitativo e all'umanizzazione della cura malattia.

La stessa impostazione concettuale caratterizza il **Day Service** come un modello per attività specialistica ambulatoriale *programmabile* che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Ciò consente di gestire situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital risulta comunque inappropriato, pur essendo necessaria una presa in carico del paziente, finalizzata ad un inquadramento globale ed alla gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi. La necessità dell'ottimizzazione dei tassi di ospedalizzazione e la parallela ricerca di un nuovo modello organizzativo per l'erogazione di prestazioni plurispecialistiche, ha dato una forte spinta all'applicazione di un modello di Specialistica Ambulatoriale, denominato **PAC**, ovvero **Pacchetto Ambulatoriale Complesso**. Tale modello assicura un percorso agevole ed efficiente, mutuando dal Day Hospital la concentrazione in tempi ristretti delle prestazioni erogabili.

Anche l'attività chirurgica, che negli ultimi anni ha subito notevoli trasformazioni legate all'innovazione tecnologica, farmacologia e organizzativa, deve orientarsi in misura crescente verso modelli organizzativi più vicini alle aspettative dei cittadini e fondati su principi di efficacia, efficienza e qualità.

La ricerca di nuove forme di assistenza alternative al ricovero ordinario, di uguale o maggiore efficacia, come attività **ambulatoriale chirurgica**, attività di **Day Surgery**, "**One Day Surgery**" nascono dall'esigenza di fondo di deospedalizzare, per quanto possibile, l'assistenza di tipo chirurgico. Questa tendenza è legata a diversi fattori, in primo luogo alla continua ricerca dell'efficienza a parità di efficacia clinica. Molte prestazioni di assistenza

chirurgica, erogate da strutture di ricovero, risultano ad oggi sproporzionate per quanto concerne tempi, modalità di erogazione e quantità di prestazioni fornite e sarebbero sostituibili con altre erogate attraverso regimi assistenziali diversi.

Oltretutto un utilizzo inappropriato del regime di assistenza chirurgica in ricovero ordinario sottopone il paziente a rischi consistenti di complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata. Un maggiore ricorso a regimi assistenziali alternativi include enormi vantaggi, a parità di efficacia clinica, consentendo di:

- **semplificare le procedure di accesso ai servizi,**
- **assicurare tempi di risposta più rapidi,**
- **ridurre le liste di attesa per gli interventi chirurgici,**
- **ottimizzare l'uso delle risorse.**

La dimissione nella stessa giornata dell'intervento (day surgery) tuttavia presuppone un'elevata qualità delle prestazioni, un'assoluta garanzia di sicurezza e un ripristino totale delle funzioni psico-fisiche del paziente al momento della dimissione.

Le presenti linee guide prendono naturalmente come base di riferimento le numerose normative sul tema emanate a livello nazionale a partire dal 1985 e a livello regionale dal 1998 (**ALLEGATO B1**).

2. DEFINIZIONI

Day Hospital (DH): modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato al ricovero per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico (eccezionalmente), terapeutico e riabilitativo. Il DH è caratterizzato da ricoveri o cicli di ricoveri in forma programmata, ciascuno della durata inferiore, di norma, alle 12 ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali o polispecialistiche, le quali non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata o che non possono essere erogati in forma di *Day Service* per motivi di sicurezza del singolo paziente.

Day Service (DSer): modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.H., attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente da parte della struttura specialistica per la gestione di alcune situazioni cliniche, che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali.

E' un modello centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione; con il sistema dei **Pacchetti Ambulatoriali Complessi** (PAC) si assicura una sorta di 2° livello nell'offerta di prestazioni ambulatoriali. Ne deriva la necessità di convertire in Day Service molti degli attuali Day Hospital Diagnostici ed alcuni dei Day Hospital Terapeutici le cui procedure sono già concordate.

Day Surgery (DS): modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato alla effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, di norma della durata inferiore alle 12 ore, in anestesia locale, locoregionale o generale. La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento, il quale è comunque previsto nei casi di "**one day surgery**".

Chirurgia ambulatoriale: modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.S. per l'effettuazione di 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.

3. DAY HOSPITAL

3.1. Finalità

Il DH risponde a 4 esigenze fondamentali:

1-**attivazione di un modello assistenziale** che risulti di pari efficacia rispetto al ricovero ordinario garantendo la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata;

2-**umanizzazione dell'assistenza** Il DH fornisce al paziente un trattamento appropriato evitando il ricovero notturno nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto o consigliato dal punto di vista clinico. Ciò facilita i pazienti e le loro famiglie dal punto di vista psicologico e sociale poiché il DH interferisce solo in maniera modesta con le abitudini di vita e consente una rapida ripresa delle proprie attività abituali;

3 -**razionalizzazione dell'assistenza** Il DH permette all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza, riducendo il numero di ricoveri ordinari;

4 -**facilitazione del percorso assistenziale del paziente**, ossia predefinire corsie preferenziali per la gestione programmata di alcune situazioni cliniche, evitando l'interferenza delle stesse con i percorsi dei pazienti acuti.

3.2. Caratteristiche

L'attività assistenziale a ciclo diurno erogabile a livello di DH è caratterizzata organizzativamente da:

1. ricoveri programmati, costituiti da singoli accessi (giornate di presenza) o accessi ripetuti (cicli)¹⁰;
2. accessi giornalieri di durata non superiore alle 12 ore (con eccezione della day-surgery);
3. erogazione di prestazioni multispecialistiche e pluriprofessionali oppure di singole prestazioni particolarmente complesse e / o rischiose.

3.3. Tipologie di day hospital

Il DH medico, che può essere effettuato in tutte le UUOO, può essere classificato in due categorie:

- 1- DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico
- 2- DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico

- 1- **DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico**: (effettuabile solo nei casi particolari elencati ed in tutti i casi in cui il Day Service non è un valido modello per i accertamenti diagnostici multispecialistici di particolare complessità e richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si renda necessaria un'osservazione sanitaria in ambiente ospedaliero protratta per alcune ore (più di tre). Gli accertamenti

¹⁰ I day hospital (DH) ciclici sono ricoveri che prevedono più accessi. I DH ciclici possono essere solo di tipo terapeutico (per somministrazione di farmaci o trattamenti radioterapici) o riabilitativo. Un Ciclo prevede dunque una serie di accessi in giorni anche non consecutivi corrispondenti ad un piano di trattamento. Se il paziente effettua, all'inizio e/o alla fine di un ciclo così definito, degli accertamenti, i relativi accessi vanno inseriti in tale ciclo. Qualora tali accertamenti determinino la modifica del DRG producendo un DRG chirurgico costituiscono episodi di ricovero a sé

diagnostici, siano essi diretti all'inquadramento o al follow-up di quadri morbosì prespecificati, corrispondono a protocolli definiti a priori e autorizzati dall'Azienda Sanitaria e dalle Strutture private accreditate all'atto dell'istituzione del riconoscimento formale dei posti letto di DH.

Il DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico deve avere carattere di assoluta eccezionalità in quanto meglio ricompreso nella tipologia del Day Service.

- 2- **DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico:** è solitamente ciclico e finalizzato al ricovero di pazienti affetti da patologie che richiedono trattamenti con mezzi strumentali complessi o somministrazione controllata di farmaci particolari richiedenti particolari cautele per il paziente, per i quali si renda necessaria un'osservazione sanitaria in ambiente ospedaliero protratta per alcune ore (più di tre).

3.4. Criteri di appropriatezza DH

Ad ognuno delle tipologie di day hospital corrispondono specifici criteri di appropriatezza.

1- **DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico**

Sono considerate appropriate due tipologie di day hospital (DH) diagnostici:

- quelli che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza;
- quelli effettuati per le specifiche condizioni del paziente.

1.a Day hospital diagnostici che prevedono accertamenti con problemi di sicurezza

Sono considerati appropriati i day hospital per l'esecuzione di:

1. esami strumentali in pazienti "a rischio", che richiedano un'osservazione per almeno **2 ore** dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di paziente "a rischio" deve essere esplicitato in cartella e, sempre in cartella, deve essere registrata l'osservazione nelle **2 ore** successive);
2. esami che richiedano somministrazione per via endovenosa di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitino di monitoraggio nelle **2 ore** successive (il monitoraggio deve essere registrato in cartella);
3. esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (come, per esempio, un rischio di shock anafilattico, di scompenso emodinamico o metabolico, ecc.), richiedano monitoraggio clinico (il tipo di rischio e il successivo monitoraggio devono essere documentati in cartella).

1.b Day hospital diagnostici effettuati per specifiche problematiche del paziente

Essi riguardano l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali (in linea generale almeno tre) in pazienti non collaboranti che richiedono una assistenza dedicata con il coinvolgimento di personale per i trasporti interni e l'assistenza continua. A titolo esemplificativo si segnalano i pazienti geriatrici, pediatrici e affetti da demenza.

*Tutto l'iter diagnostico che può essere effettuato con prestazioni ambulatoriali multiple non deve essere ricondotto al DH. , ma (più correttamente) dovrà essere attivato a tal fine il **Day Service**, che rappresenta la possibilità clinica di effettuare prestazioni ambulatoriali multiple nello stesso giorno con la prescrizione su ricettario regionale e senza necessità di ricovero.*

2- **Day hospital terapeutici**

Si considerano appropriati i DH terapeutici medici che corrispondono ai seguenti requisiti.:

1. effettuazione di chemioterapia specie quando è necessario utilizzare:

- antiblastici per via endovenosa;
- terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc.) per via endovenosa;

2. terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi (la terapia marziale per via endovena di norma non costituisce indicazione all'uso del day hospital):

- tempo di somministrazione maggiore di 60 minuti;
- necessità di sorveglianza - monitoraggio (clinico o strumentale) per più di **2 ore** dopo la somministrazione;
- necessità di eseguire degli esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia.

3. procedure terapeutiche invasive con problematiche di sicurezza.

La terapia trasfusionale con sangue o emoderivati e il salasso terapeutico non costituiscono di per sé indicazione all'uso del day hospital, ma vanno effettuati in regime ambulatoriale.

3.5. Disciplina dell'assistenza in day hospital

1. Accettazione pazienti
2. Documentazione clinica
3. Dimissione del paziente
4. Rapporti con altri servizi dell'ospedale
5. Rapporti con il medico di base
6. Somministrazione di farmaci
7. Divieti
8. Dati per la valutazione delle attività

1) Accettazione dei pazienti

L'accettazione viene disposta da un medico dell'Unità Operativa cui appartiene il DH in base ad una richiesta di ricovero formulata dallo specialista ospedaliero o convenzionato o dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. La gestione delle eventuali liste di attesa va fatta con appositi registri così come avviene per le prestazioni ambulatoriali ed i ricoveri ordinari.

2) Documentazione clinica

Per ciascun ricovero in DH deve essere assegnato un numero di ricovero e deve essere compilata una cartella clinica. Contestualmente deve essere compilata una scheda nosologica specifica. Tale documentazione è soggetta alle medesime norme e regolamenti che valgono per i ricoveri ordinari. Un day hospital ciclico corrisponde ad un solo ricovero e ad una sola scheda di dimissione.

3) 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 modo da assicurare la continuità assistenziale.

Viene altresì compilata dal medico la SDO che è parte integrante della cartella clinica.

Nel trasferimento di paziente da un ricovero a regime diurno ad un ricovero a regime ordinario (e viceversa) di necessità il paziente dovrà essere dimesso con modalità "trasferito ad altro regime di ricovero" e quindi riaccettato con una nuova scheda nosocomiale con modalità di provenienza "proveniente da altro regime di ricovero".

4) Rapporti con gli altri Servizi dell'Ospedale

L'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici ed alle consulenze eventualmente necessarie per il trattamento del caso in DH seguono la stessa organizzazione prevista per il ricovero ordinario.

5) Rapporti con il medico di medicina generale o PLS

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta del paziente ricoverato in DH deve essere informato circa le attività assistenziali che vengono effettuate e aggiornato sulla situazione clinica mediante il modulo di "referto specialistico" o documento equipollente.

6) Somministrazione di farmaci

In relazione all'equivalenza delle attività prestate in regime di DH con le attività di ricovero ordinario la somministrazione di farmaci elargiti durante gli accessi giornalieri non è soggetta a partecipazione della spesa da parte del paziente mentre la dispensazione di farmaci ad uso domiciliare, necessari per il completamento terapeutico tra un accesso ed un altro, segue quanto disposto in materia di somministrazione diretta di farmaci.

7) Divieti

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

E' vietato effettuare ricoveri in regime di DH per i pacchetti considerati nel Day service a meno che il paziente non richieda un monitoraggio superiore alle 3 ore (esempio curva di sensibilità insulinica nel diabetico, terapia idratante nell'uremico in preparazione di esami radiologici, ecc.). Non possono rientrare nel DH le prestazioni di diagnostica strumentale che non facciano parte di un programma di interventi di tipo plurispecialistico.

Nel caso di erogazione di dette prestazioni in regime di DH, senza che ricorrano le predette condizioni, si deve procedere al recupero delle quote di partecipazione dovute dall'assistito in base alle vigenti norme sull'assistenza specialistica.

8) Dati per la valutazione dell'attività

L'attività di DH viene valutata in base ai dimessi ed 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 DH (data di dimissione). Per convenzione ed ai fini statistici, ogni anno vanno chiusi tutti i ricoveri ancora in atto al 31 dicembre e riaperti al primo accesso dell'anno successivo.

Le Aziende provvedono ad una verifica della coerenza dell'attività di DH svolta con le indicazioni contenute nel presente regolamento.

4. DAY SERVICE

4.1. Indicazioni

Le caratteristiche di questo modello sono state delineate in funzione di adeguata assistenza e gestione di :

- patologie a carattere di cronicità che richiedano frequenti monitoraggi per mantenere equilibri di compenso e stabilità, prevenendo episodi critici/di acuzie della stessa patologia cronica;
- situazioni cliniche non croniche, ma complesse sul piano dell'inquadramento diagnostico, in soggetti con patologie associate invalidanti e/o per i quali sia necessario escludere danni secondari importanti.

N.B. L'esecuzione di procedure invasive o che richiedano una sorveglianza infermieristica del paziente superiore alle 3 ore esclude la possibilità di ricorrere a tale modello.

4.2. Obiettivi

*Il Day Service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale **programmabile** che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Vuole essere funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital, risulta inappropriato ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico del paziente, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.*

Gli obiettivi possono pertanto essere individuati nei seguenti:

- Migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse con conseguente riduzione dell'attività "inappropriata" in regime di Day Hospital per trasferimento della stessa in regime ambulatoriale, mantenendo i contesti organizzativi di riferimento per la presa in carico del Cittadino e non inducendo, quindi, ulteriori disagi nel sistema interessato.
- Migliorare la qualità del servizio reso all'utente
- Garantire la continuità assistenziale e quindi buon grado di soddisfazione per il Cittadino;
- Ridurre i tempi di attesa delle attività ambulatoriali e della lista di attesa per il ricovero.
- Migliorare la qualità della pratica clinica in Azienda (Evidence Based Medicine), promuovendo la condivisione di comportamenti assistenziali controllati (percorsi individuati e condivisi da specialisti in ambiti disciplinari trasversali in Azienda) e l'integrazione ed il confronto tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti Ospedalieri

5. PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI

Il PAC è un "Pacchetto" di prestazioni **ambulatoriali**, gestite dal Medico Specialista, che permette all'utente di essere inquadrato in breve tempo dal punto di vista diagnostico, bypassando la prassi burocratica che si interpone tra la richiesta del Medico di Medicina Generale e l'effettuazione delle prestazioni, ricalcando, in tal modo, un percorso analogo a quello di un ricovero in Day Hospital.

5.1. Costruzione del PAC

Un PAC deve prevedere in uno specifico schema l'insieme delle prestazioni distinte per branca specialistica che, sulla base documentata dell'EMB e/o dell'esperienza clinica, sono necessarie per la gestione di uno specifico problema clinico. Le prestazioni dovranno essere organizzate definendo precise tappe di verifica dell'iter per la definizione degli accertamenti ulteriori necessari.

Per ciascuno schema dovrà essere predefinito il tempo massimo compatibile con le condizioni cliniche per l'accesso tempestivo al PAC e, in accordo con le Unità Operative coinvolte, per la "chiusura" del pacchetto. Di regola il PAC dovrà avere una durata inferiore a 1 mese.

Nell'ambito di ciascun Dipartimento c/o Distretto verrà individuato un gruppo di lavoro per la verifica delle proposte di PAC (redatte su apposita modulistica, Modello PAC), che saranno sottoposte alla approvazione formale della Direzione Medica di Presidio in caso di PAC ospedaliero o della Direzione Distrettuale in caso di PAC poliambulatoriale.

Per ciascun PAC approvato sarà elaborata una Scheda di PAC ove verranno registrate le prestazioni effettivamente erogate.

5.2. Criteri di selezione dei problemi clinici

I problemi clinici per i quali si ritiene utile l'individuazione di un PAC devono essere caratterizzati da:

- frequenza nella popolazione (alcuni PAC potranno avere un bacino d'utenza regionale);
- non urgenza;
- prestazioni multiple c/o complesse (laboratoristiche, strumentali, consulenze) da articolare nel tempo coerentemente con l'iter clinico e riducendo al minimo il numero di accessi dell'utente;
- non necessità di sorveglianza medica ed infermieristica (fatto salvo quanto previsto per specifiche procedure ambulatoriali).

Pertanto possono essere predisposti dei PAC per la definizione diagnostica di nuove patologie, il follow-up post-dimissione (fatta salva l'erogazione delle prestazioni post-dimissione connesse al ricovero), l'approfondimento a seguito di accesso al Pronto Soccorso e il monitoraggio di patologie ricorrenti o croniche.

5.3. Definizione della organizzazione della gestione dei PAC

L'Azienda dovrà procedere alla definizione puntuale dei vari aspetti organizzativi relativi alla gestione dei PAC; in particolare andranno identificati:

- un gruppo di lavoro dipartimentale o interdipartimentale con coordinamento da parte delle Direzioni Mediche di Presidio / Direzioni dei Distretti;

- un responsabile dipartimentale;
- il sistema di prenotazione che andrà direttamente gestito dalla struttura specialistica erogante;
- la precisa collocazione nell'ambito delle strutture ospedaliere / poliambulatoriali;
- il personale dedicato;
- il collegamento con i servizi diagnostici con l'attribuzione di posti riservati.

5.4. Il percorso del PAC

La modalità di effettuazione del PAC è così strutturata:

1. **Fase dell'apertura** del PAC. E' la fase in cui viene compilata la scheda-PAC con i dati dell'utente, l'eventuale esenzione, *gli esami da effettuare*.

È decisa dal medico specialista della struttura, che assume la responsabilità in merito alle gestione dell'iter diagnostico, sia a seguito di richiesta di uno specialista sia su richiesta di un medico di medicina generale o di un pediatra di libera scelta. Queste richieste vanno fatte su ricettario regionale come richiesta alla struttura di visita specialistica per il problema clinico cui si riferisce il PAC.

L'accesso alla visita di apertura del PAC avviene tramite apposita agenda distinta da quella dell'attività ambulatoriale ordinaria e con uno specifico tempo massimo di attesa.

Alla prima visita il medico referente del PAC:

- individua lo specifico iter del paziente nell'ambito delle prestazioni previste dal PAC e le segnala sull'apposita Scheda PAC;
- attiva la Cartella ambulatoriale.

2. Fase di comunicazione/esecuzione degli esami richiesti e successiva refertazione

Al momento dell'effettuazione delle diverse prestazioni, l'utente ritira presso la struttura che gestisce il PAC la cartella ambulatoriale prima della prestazione e la riconsegna al termine della stessa.

3. **Fase della valutazione dei referti:** potrebbe essere seguita dalla fase successiva oppure "arricchire" la fase 1 qualora si ravvisasse la necessità di ulteriori accertamenti diagnostici; in tal caso il paziente ripercorre la fase 2.

Si tenga presente che:

eventuali prestazioni aggiuntive a quelle previste nel PAC potranno essere effettuate solo se attinenti al problema clinico che ha richiesto l'attivazione dello stesso.

4. **Fase della formulazione diagnostica definitiva e della chiusura** del PAC con il pagamento del Ticket, che avviene in un solo momento per tutte le prestazioni eseguite (eccezion fatta per gli utenti esenti).

Al termine dell'iter previsto lo specialista responsabile del PAC procede a:

- verificare la completezza dell'iter;

- redigere una relazione conclusiva per il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- vistare lo Schema di PAC per il pagamento del ticket e per l'addebito all'Azienda di residenza (fatta eccezione per gli utenti esenti);
- consegnare all'utente la relazione conclusiva e la documentazione clinica in originale dopo il pagamento del ticket se dovuto;
- archiviare la cartella ambulatoriale in analogia a quanto viene fatto per la cartella clinica di day hospital.

5. Fase di invio della documentazione-PAC. Non riguarda l'utente ma esclusivamente l'Azienda: SDO, scheda-PAC, cartella clinica vengono inviate all'Unità di Statistica Sanitaria per l'analisi di verifica dei risultati della sperimentazione
In accordo con l'ASL di competenza i PAC potranno essere erogati anche dalle strutture private nell'ambito dei budget concordati e con protocolli validati dalle ASL.

6. DAY SURGERY

6.1. Obiettivi

- **Implementare e sviluppare un modello assistenziale di efficacia e sicurezza per il paziente pari all'assistenza chirurgica eseguita in regime di ricovero ordinario**
- **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**
- **Garantire ai pazienti la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate al ricovero prolungato in ospedale**
- **Implementare l'erogazione di un maggior numero prestazioni eseguibili in regime di Day Surgery al fine di utilizzare in maniera più appropriata il regime di ricovero ordinario e ridurre le liste di attesa**
- **Razionalizzare l'assistenza, ossia permettere all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza**

6.2. Modelli organizzativi

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

- A) **Unità autonome dedicate;**
- B) **Unità integrate;**
- C) **Posti letto dedicati.**

A. Unità autonome dedicate

Strutture mono o multidisciplinari, indipendenti dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale, dotate di sale operatorie e spazi di degenza esclusivamente dedicati alla day-surgery, post all'interno di istituti di ricovero pubblici o privati caratterizzate da:

- presenza di sale operatorie e spazi per la degenza dedicati;
- personale dedicato;
- autonomia gestionale ed organizzativa;
- inserimento in un'ottica di tipo dipartimentale o interdipartimentale;
- entità significativa della casistica trattata.

B. Unità integrate

Unità mono o multidisciplinari presenti esclusivamente all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private, intese, ai sensi del D.Lgs. 229/99, quali articolazioni di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento).

Le caratteristiche principali di tali strutture sono:

- presenza di spazi di degenza dedicati;

- utilizzo di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni e giorni della settimana prestabiliti.

C. Posti letto dedicati

Presenza di posti letto dedicati alle attività di day surgery all'interno di unità di degenza ordinaria, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

I posti letto devono essere chiaramente ed esclusivamente destinati alla day-surgery e la pianificazione dell'attività chirurgica deve essere nettamente distinta dall'attività di chirurgia ordinaria.

Per coprire particolari necessità assistenziale dei ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle presenti linee guida, ci si può avvalere della day surgery seguita da pernottamento nell'ambito di unità di day surgery, monospécialistica o plurispécialistica, poste all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo o di unità autonome dedicate.

L'aspetto maggiormente innovativo di questi modelli organizzativi appare legato alle Unità Autonome Dedicare. Secondo questo modello le strutture (spazi per la degenza e sale operatorie) e il personale vengono gestiti in maniera autonoma rispetto alla strutture di ricovero ordinario.

Questa autonomia si spinge addirittura a progettare unità esterne alle strutture di ricovero e collegate ad un presidio ospedaliero da percorsi dedicati ("free standing off campus").

In questa fase di riordino del sistema ospedaliero abruzzese non viene prevista l'attivazione di tale modalità di erogazione delle prestazioni in day surgery.

6.3. Indicazioni per l'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.

6.3.1. Criteri di selezione dei pazienti:

La selezione dei pazienti candidati alla Day surgery viene effettuata dal chirurgo insieme all'anestesista, in base a criteri clinici, logistici e socio-familiari.

Criteri clinici.

Per la selezione dei pazienti vengono applicati i criteri della classificazione ASA (American society of anesthesiology) che prevede la distinzione dei pazienti chirurgici in cinque classi e che può essere di guida nella selezione dei pazienti (**ALLEGATO B2**).

In questa prima ripartizione vengono considerati candidati possibili i pazienti appartenenti alle prime due classi, ossia pazienti in buone condizioni generali (I classe) e pazienti con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività, nonché quelli con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (classe II). I pazienti in ASA III trovano indicazione, previo accordo fra anestesista e chirurgo, quando la patologia di base

è stabilizzata con trattamento idoneo e l'intervento non interferisce con la patologia medesima.

L'indicazione alla day surgery, quindi, va considerata in rapporto alle condizioni generali del paziente, delle malattie sistemiche concomitanti, e posta in relazione anche ai progressi scaturiti dall'introduzione di nuovi farmaci e tecniche anestesiolgiche che consentono una progressiva elevazione del limite di età.

La durata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche non dovrebbe essere superiore ad un'ora.

In **ALLEGATO B3** è riportata la lista delle procedure chirurgiche eseguibili in regime di day surgery.

Criteria logistici e socio-familiari.

Relativamente alla struttura logistica è preferibile che la residenza del paziente non sia lontana rispetto all'ospedale e comunque la distanza o il tempo di percorrenza debbono essere tali da permettere un tempestivo intervento in caso di necessità. In ogni caso il tempo di percorrenza dovrebbe essere compreso entro un'ora di viaggio. Deve inoltre esistere la possibilità per i pazienti di essere assistiti durante il ricovero e dopo l'intervento da un familiare, opportunamente istruito, che si dovrà far carico di accompagnare il paziente presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento.

Ulteriore requisito per la selezione dei pazienti è rappresentato dalla certezza di comunicare telefonicamente con l'ospedale.

6.4. Il percorso in day surgery

6.4.1. Fase di definizione del percorso assistenziale

L'assistenza in regime di day-surgery si caratterizza per un "insieme" predefinito di trattamenti, che comprende sia gli esami e le vie preoperatorie, sia l'intervento chirurgico, sia i controlli postoperatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi. Un obiettivo fondamentale del percorso in day-surgery è quello di effettuare tutte le prestazioni necessarie in un numero limitato di accessi e possibilmente in un'unica sede. Il percorso del paziente eleggibile per il trattamento in day-surgery, successivamente alla prima visita specialistica, prevede di norma tre accessi:

Primo accesso:

- • accoglienza, raccolta dati anagrafici
- • individuazione tutore/accompagnatore
- • valutazione anestesiology e chirurgia
- • acquisizione del consenso informato
- • indagini preoperatorie
- • apertura cartella clinica
- • apertura S.D.O

Secondo accesso: verifica delle condizioni cliniche

- • intervento chirurgico
- • dimissione
- • pianificazione del follow up

Terzo accesso:

- follow up, che comprende una o più controlli ambulatoriali, rintracciabili nella cartella clinica (parte integrale del processo assistenziale)
- chiusura SDO (la chiusura della SDO corrisponde alla data dell'ultimo accesso previsto dal ciclo assistenziale).

Ai fini del calcolo della degenza media, del tasso di utilizzo dei posti letto e degli indici di performance viene considerato come giorno di ricovero soltanto l'accesso relativo all'esecuzione dell'intervento e/o della procedura chirurgica.

6.4.2. Fase di ammissione

Devono essere formulate le procedure di ammissione del paziente in base a criteri di appropriatezza, alla valutazione clinica ed alle condizioni logistiche e familiari, tenendo conto della tipologia e complessità del modello organizzativo della struttura.

6.4.3. Fase di cura

E' la fase più delicata di tutto il processo.

Dovranno essere adottati:

- protocolli assistenziali differenziati per patologia
- protocolli per la profilassi e/o terapia farmacologia
- monitoraggio perioperatorio e sorveglianza post-anestesiologica

Gli interventi effettuati debbono essere riportati su apposito registro nel quale debbono essere indicati:

- fondamentali elementi identificativi del paziente;
- la diagnosi, la procedura eseguita e il tipo di anestesia;
- l'ora di inizio e fine della procedura;
- i nominativi e la qualifica degli operatori;
- le complicanze immediate.

Data l'equivalenza del ricovero in day surgery con quello ordinario, l'accesso dei pazienti ai servizi diagnostici e terapeutici e alle consulenze necessarie segue una organizzazione prevedendo canali preferenziali per favorire l'effettuazione dei diversi interventi specialistici in un unico accesso.

Il paziente ricoverato in day surgery che non può essere dimesso nell'arco della giornata rimane nella struttura di chirurgia a degenza breve fino alle ore 9 del giorno successivo senza necessità di modificare il regime di ricovero.

Nel caso si rendesse necessario un prolungamento della degenza oltre le 24 ore o insorgano delle complicanze, il paziente viene trasferito nell'unità operativa di degenza ordinaria di competenza.

In caso di trasferimento del paziente dalla chirurgia a degenza breve alla degenza ordinaria, viene modificata la scheda nosologica e compilata una nuova cartella clinica.

Nella cartella dovranno essere conservate:

- - la scheda anestesiologicala comprensiva della valutazione anestesiologicala, del consenso¹¹, del riscontro dell'anestesia e delle condizioni del paziente alla dimissione;
- - la scheda di monitoraggio perioperatorio dei parametri vitali;
- - la scheda dell'intervento chirurgico;
- - la lettera di dimissione;
- - il modulo con i consigli comportamentali.

6.4.4. Fase di dimissione

La dimissione del paziente è subordinata al completo ritorno alla normalità dei riflessi vitali, delle funzioni psicofisiche ed al completo recupero psicomotorio.

Il chirurgo, in collaborazione con l'anestesista, stabilirà la dimissione del paziente al quale viene consegnata la relazione di dimissione destinata al medico curante contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte. In particolare la relazione dovrà riportare i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
- eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo preoperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
- indicazioni per gestire le possibili complicanze;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

6.4.5. Fase di follow-up

Contatto telefonico

Ogni paziente trattato in day surgery viene interpellato telefonicamente circa 24 ore dopo la dimissione per valutare le condizioni fisiche, lo stato psicologico, i servizi ricevuti e per fornire ogni informazione necessaria.

Controlli post-operatori

Il paziente trattato deve essere seguito nel decorso postoperatorio con controlli periodici, il primo dei quali effettuato dal personale medico operante nell'unità di day surgery.

I successivi controlli, fino alla avvenuta guarigione, poiché fanno parte del pacchetto di prestazioni, remunerato dalla Regione come ciclo assistenziale unico, non prevedono la partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

6.5. Somministrazione di farmaci

In relazione all'equivalenza della day surgery con il ricovero ordinario le somministrazioni di farmaci non sono soggette a partecipazione di spesa da parte del paziente. Al fine di garantire la continuità terapeutica durante la durata del ciclo di cura

¹¹ Nella Day surgery il consenso del malato assume un peso particolare poiché la dimissione avviene di norma il giorno stesso dell'atto chirurgico. Quindi prevede l'accettazione dell'iter proposto e di assunzione di una maggiore responsabilità da parte del paziente.

programmato possono essere concessi dall'ospedale, senza partecipazione alla spesa, anche eventuali farmaci che l'assistito debba assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero. Così come previsto in materia di somministrazione dei farmaci: farmaci alla dimissione per completamento terapeutico.

6.6. Rapporti con il medico di medicina generale

Il medico di base riveste particolare importanza nel programma di diffusione della day surgery, per la possibilità di informare i suoi pazienti in merito agli innumerevoli vantaggi di questo nuovo modello organizzativo. Per poter svolgere questo ruolo egli deve essere ben informato sulle potenzialità e modalità di funzionamento dell'unità di day surgery a cui fa riferimento, facendo ricorso a materiale informativo adeguato.

Il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta dovrebbe essere previsto sia nella fase di selezione sia in quella di dimissione del paziente in modo da consentirgli di fornire il suo contributo alla corretta applicazione della strategia chirurgica.

6.7. Indicatori per la valutazione delle attività e della qualità del day surgery

Un efficace controllo delle attività svolte è necessario per verificare la qualità delle prestazioni ad indirizzare le decisioni cliniche ed organizzative. A tale scopo è necessario il monitoraggio di alcuni parametri secondo i seguenti principi.

1) I ricoveri in day surgery vengono identificati con apposito codice e per ogni centro di responsabilità la valutazione avviene sulla base delle schede di dimissione ospedaliera.

2) La day surgery lavora ad un tasso di utilizzo intorno al 100% e funziona di norma per 250 giorni all'anno. Per ciascun posto letto non possono essere trattati più di due casi nella stessa giornata (indice di rotazione compreso tra 0,80 e 2, tale limite dovrebbe garantire che non vengano effettuate prestazioni ambulatoriali in regime di ricovero diurno).

I principali indicatori utilizzati per la valutazione dell'attività e per il controllo di qualità sono:

- numero dei casi trattati e numero totale di pazienti presi in carico;
- indice di operatività della day surgery e della degenza ordinaria;
- liste di attesa (viene istituito un registro gestito in base a criteri di massima trasparenza sui quali vengono riportati i tempi di attesa previsti e registrate eventuali cancellazioni o mancate presentazioni);
- orari di funzionamento della struttura nonché il numero e la tipologia delle prestazioni effettuate;
- incidenza delle complicanze e/o del trasferimento in regime di ricovero ordinario;
- numero di mancate dimissioni;
- numero di pazienti che richiedono un nuovo ricovero in conseguenza dell'intervento;
- numero di chiamate urgenti e relativa motivazione.

Il monitoraggio e la revisione critica di questi dati consente controllo periodico della qualità e dell'efficienza e la possibilità di un resoconto annuale.

7. CHIRURGIA AMBULATORIALE

Le attività di chirurgia ambulatoriale non sono effettuate in regime di ricovero e non richiedono, per le condizioni generali del paziente e le intrinseche caratteristiche degli interventi e delle procedure, una organizzazione complessa, soprattutto preoperatoria e postoperatoria, come quella offerta dalla day-surgery.

Questo modello organizzativo ambulatoriale, alternativo al ricovero ordinario o in D.S., permette l'effettuazione di 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. Si distingue quindi dal day.surgery per:

- le procedure in essi effettuabili, individuate sulla base delle caratteristiche della struttura e della complessità della procedura stessa (**ALLEGATO B4**).
- requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui devono essere in possesso, ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale;

Obbiettivi :

- A. Implementare e sviluppare un modello assistenziale di efficacia e sicurezza per il paziente pari all'assistenza chirurgica eseguita in altri regimi assistenziali.**
- B. Umanizzare l'assistenza, ossia fornire al paziente un trattamento appropriato in ambiente protetto, evitando il ricovero nei casi in cui ciò non sia strettamente richiesto/consigliato dal punto di vista clinico**
- C. Garantire ai pazienti la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate al ricovero in ospedale**
- D. Implementare l'erogazione di un maggior numero prestazioni eseguibili in questo regime al fine di utilizzare in maniera più appropriata il regime di day surgery o di ricovero ordinario e ridurre le liste di attesa**
- E. Razionalizzare l'assistenza, ossia permettere all'organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorare l'efficienza**

8. REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE DELL'ATTIVITÀ CLINICA A CICLO DIURNO

Il Regolamento aziendale per l'attività clinica a ciclo diurno, deve contenere le seguenti indicazioni:

- A. Regime assistenziale e tipologie attivate
 - a. Day Hospital (DH),
 - i. DH ad indirizzo prevalentemente diagnostico
 - ii. DH ad indirizzo prevalentemente terapeutico medico
 - b. Day Service (DSer),
 - c. Day Surgery (DS),
 - i. Unità autonoma di day-surgery
 - ii. Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare
 - iii. Posti letto dedicati
 - d. Chirurgia ambulatoriale (CA)
- B. Individuazione del numero dei posti letto destinati a tali attività, in coerenza con le indicazioni previste nella presente delibera;
- C. Indicazione delle unità operative interessate
- D. Previsione, dove possibile, nell'organizzazione, di modelli organizzativi integrati dipartimentali o interdipartimentali
- E. Elenco delle procedure e prestazioni erogate nei vari regimi assistenziali
- F. Stesura degli Schemi di attività a ciclo diurno che comprendano le indicazioni relative la tipologia, la situazione clinica, il codice, il numero di accessi, le UUOO interessate, la descrizione del protocollo.

Gli Schemi dovranno essere redatti secondo lo schema riportato di seguito:

DAY HOSPITAL

Situazione clinica	Codice	Numero	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	--------	--------	------------------	------------

DAY SERVICE

Situazione clinica	Codice diagnosi	Numero accessi	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	-----------------	----------------	------------------	------------

DAY SURGERY

Situazione clinica	Codice diagnosi	Numero accessi	UUOO interessate	Protocollo
--------------------	-----------------	----------------	------------------	------------

- G. I trattamenti e le procedure previste nello schema di cura devono essere identificati i codici ICD 9 CM e le relative tariffe, nel caso di prestazioni ambulatoriali ricomprese nel tariffario nazionale
- H. Rispondenza delle aree di degenza destinate all'attività a ciclo diurno ai requisiti di autorizzazione di cui agli **ALLEGATI B5 e B6**.
- I. Definizione delle procedure di verifica di appropriatezza delle prestazioni effettuate e modalità di reporting delle stesse.

NORMATIVE NAZIONALI E REGIONALI SULLE ATTIVITA' OSPEDALIERE A CICLO DIURNO

Le attività ospedaliere di ricovero in regime diurno sono state regolamentate a livello nazionale dai seguenti atti:

- **Legge n. 595/85** (ottobre): *Introduzione nel SSN del regime assistenziale di ricovero a ciclo diurno, collocato in una posizione intermedia tra il regime di ricovero ordinario e l'attività ambulatoriale.*
- **Legge 30 dicembre 1991 n. 412**, articolo 4 comma 2: *obbligo di attivazione da parte delle Regioni e Province autonome di strutture preposte alla assistenza ospedaliera a ciclo diurno.*
- **DPR 20 Ottobre 1992**: *"Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali"*Stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportano la necessità di ricovero ordinario.
- **Legge N. 421 del 23 ottobre 1992**: *"Regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in qualsiasi ambulatorio, in ambulatori protetti oppure in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale (chirurgia di giorno/day surgery)".* Prima legge nella quale si riporta la possibilità di effettuare interventi chirurgici in regime diurno. Nel documento erano state distinte le attività di chirurgia ambulatoriale da quelle di chirurgia a ciclo diurno (day surgery) ed erano state definite, seppure in modo generale, le caratteristiche delle strutture nelle quali esse potevano essere effettuate.
- **Circolare Ministeriale 1/95** pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 29 Giugno 1995 Linee Guida n. 1/95: *"Applicazione del D.M. 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 ed i servizi extraospedalieri"*Proposta di regolamentazione, degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche effettuate in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno." ASSR 1995
- **legge N.662 del 23/12/1996** (finanziaria per il 1997), che all'articolo 1, comma 4, così riporta: *"nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n.549, le Regioni, entro il 30 giugno 1997, provvedono ad incrementare i posti letto equivalenti di assistenza ospedaliera diurna, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.249 del 22 ottobre 1992, fino a una dotazione media regionale non inferiore al 10 per cento dei posti letto della dotazione standard per acuti prevista dalla normativa vigente. Alle Regioni inadempienti si applicano le*

disposizioni di cui all'articolo 1, comma 2- quinquies, del citato decreto legge n. 280 del 1996".

- **Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997** recante "Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", nel quale la day surgery viene definita come di seguito: "Con il termine chirurgia di giorno (day surgery) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale"
- **Il decreto legislativo N.229 del 19 giugno del 1999** recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, N.419" riprende il tema in oggetto specificando quanto segue. All'articolo 8-ter, comma 2 si precisa che "l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi". Il comma 4, a sua volta, nel precisare che l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, sottolinea che "in sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi"
- **"Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno"** della Commissione di studio sulla day surgery e la chirurgia ambulatoriale istituita con DM 12 settembre 2000. (Febbraio 2001)
- **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza permanente stato regioni – n. 1516 del 1/8/2002** trasmesso con nota 12/8/2002 prot. 4232/02/4.1.21.7 "linee guida per l'organizzazione dell'attività di day surgery"

Di seguito viene riportata la legislazione specifica approvata nel corso degli anni nella Regione Abruzzo, che evidenzia la necessità di riunire nella presente documento obiettivi e finalità

- **L.R. 29 luglio 1998, n. 62:** "Recepimento Atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel D.P.R. 14 gennaio 1997 che recepisce il DPR 14 gennaio 1997 sui requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. Tuttavia, va rilevato che la legge si limita a recepire il decreto, senza fornire alcuna indicazione operativa. Pertanto, non ha consentito l'avvio concreto del percorso di autorizzazione nella Regione.
- **L.R. 2-7-1999, n. 37: "Piano sanitario regionale 1999-2001."** Nel triennio di vigenza del Piano i Direttori Generali delle USL devono rimodulare l'offerta ospedaliera, con una serie di obiettivi, tra cui:trasformare non meno del 10% dei posti letto a degenza ordinaria in posti letto a ciclo diurno (day hospital e day surgery);utilizzare le sale operatorie in misura non inferiore a 1000 interventi/anno per singola sala,registrare, nei reparti chirurgici, un'attività operatoria non inferiore al 70% dei ricoverati.

- **D.G.R. 9-2-2000, n. 100: “Art. 8-ter del D.Lgs. n. 229 del 1999. Disciplina del regime autorizzativo per le strutture sanitarie e socio-sanitarie.”** La delibera ha regolamentato l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, prevedendo che anche le strutture che erogano prestazioni di Day Surgery sono soggette a questo tipo di autorizzazione. Sull'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, la delibera conferma la disciplina regionale vigente (L.R. n. 62/1998), pertanto l'applicazione dei requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997, da applicarsi a tutti i soggetti, pubblici e privati, che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ambulatoriale e residenziale.
- **Deliberazione di Consiglio regionale 30/11/1999 n. 140/5 (che recepisce la proposta della Giunta formulata con DGR n. 1802 del 06/08/1999).** La delibera dispone, a decorrere dall'1/1/99, il recepimento delle tariffe del DM Sanità 30 giugno 1997, ma abbassando all'80% il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza. L'abbattimento non si applica agli interventi di cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia sul sistema nervoso centrale ed ematologia, per i quali si applica la tariffa intera. Tali tariffe regionali sono comprensive dei costi dei pasti consumati dall'accompagnatore di minori di anni 12 e di soggetti portatori di handicap ai sensi della legge n. 104/92. Dal momento che tali tariffe per prestazioni di assistenza e riabilitazione ospedaliera sono in realtà valori massimi di riferimento, le stesse saranno soggette a contrattazione con le USL nei casi e nei modi previsti dalla normativa vigente in materia.
- **DCR N. 153/12 del 1.03.2000 e dalla DCR N. 8/8 del 28.07.2000** che modificata ed integrata la precedente, ma non contiene riferimenti espliciti sull'attività di Day Surgery.
- **Con DGR n. 152 del 22.3.2002**, la Regione ha recepito il contenuto del D.P.C.M. in data 29 novembre 2001 http://www.corteconti.it/Ricerca-e-1/Gli-Atti-d/Controllo-/Documenti/Sezioni-re/Abruzzo/Anno-2003/Relazione-/sanit--2001-cap.2.doc_cvt.htm_-_ftn5, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, concernente l'individuazione di tre livelli essenziali o macroaree di assistenza (LEA), nonché l'individuazione delle prestazioni totalmente a carico del S.S.N. e di quelle parzialmente o totalmente escluse dai LEA. Tuttavia, la deliberazione rinvia ad un successivo atto deliberativo l'individuazione dei valori soglia di ammissibilità per i 43 DRG, ossia le “prestazioni incluse nei Lea che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre, comunque, individuare modalità più appropriate di erogazione” e rinvia ad un ulteriore successivo provvedimento anche l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- **la DGR 504 del 1° luglio 2003 recante “Livelli essenziali di assistenza – ulteriori provvedimenti”**, al punto 4 demanda ad un ulteriore provvedimento il recepimento delle linee guida ministeriali per l'attività di Day Surgery.
- **La D.G.R. n. 755/C del 30-08-2004** individua il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni, rese a pazienti residenti nella Regione, di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza pari al 90% del valore delle tariffe nazionali, mentre nel caso di prestazioni rese a pazienti residenti in altre Regioni applica il tariffario nazionale senza abbattimenti.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (A.S.A.)

Classe I:

paziente sano, e cioè senza disturbi organici, fisiologici, biochimici o psichiatrici.

Classe II:

paziente con malattia sistemica di lieve entità che può essere causata dall'affezione chirurgica da trattare, ovvero da altra condizione morbosa. (Ad esempio, paziente con ernia inguinale affetto da una modesta pneumopatia e da iperglicemia lieve o da ipertensione di moderata entità).

Classe III:

paziente con malattia sistemica limitante la sua attività ma non invalidante: diabete grave, ipertensione, insufficienza epatica o respiratoria o renale, angina pectoris, pregresso infarto del miocardio.

Classe IV:

paziente con malattia inabilitante e con costante minaccia alla sopravvivenza; scompenso respiratorio, cardiocircolatorio, renale, angina persistente, miocardite acuta, ecc...

Classe V:

paziente con grave compromissione dello stato generale e con sopravvivenza non superiore alle 24 ore.

LISTA PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME DI DAY SURGERY

Interventi sul sistema nervoso

02.95	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo
03.21	Cordotomia percutanea
03.90	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
03.94	Rimozione di neurostimolatore spinale
03.96	Denervazione percutanea della faccetta articolare
04.2	Demolizione di nervi cranici e periferici
04.3	Suture 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 canali, o separazione di aderenze

Interventi sul sistema endocrino

06.09	Altra incisione della regione tiroidea
06.12	Biopsia a cielo aperto della tiroide
06.13	Biopsia delle paratiroidi
06.19	Altra procedura diagnostica sulla tiroide o sulle paratiroidi
06.7	Asportazione del tratto o dotto tireglossa

Interventi sull'occhio

08.31	Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura
08.32	Correzione di blefaroptosi con anastomosi del muscolo frontale mediante fascia lata
08.33	Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua 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
09.6	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali
09.81	Dacriocistorinostomia (DCR)
09.82	Congiuntivocistorinostomia
09.83	Congiuntivorinostomia con inserzione di tubo o supporto
10.32	Demolizione di lesione della congiuntiva
10.33	Altri interventi di demolizione sulla congiuntiva
10.41	Riparazione di simblefaron con innesto libero
10.42	Ricostruzione di cul de sac congiuntivale con innesto libero
11.39	Altra esportazione dello pterigium
11.60	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato
11.63	Cheratoplastica perforante autologa (a tutto spessore)
11.64	Altra cheratoplastica perforante omologa
11.69	Altro trapianto di cornea
11.73	Cheratoprotesi
12.00	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI
12.01	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio con magnete
12.02	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio senza magnete
12.31	Lisi di goniosinechie
12.32	Lisi di altre sinechie anteriori
12.33	Lisi di sinechie posteriori
12.35	Coreoplastica
12.39	Altra iridoplastica
12.42	Asportazione di lesione dell'iride
12.44	Asportazione di corpo ciliare

- 12.51 Goniopuntura senza goniotomia
- 12.52 Goniotomia senza goniopuntura
- 12.53 Goniotomia con goniopuntura
- 12.54 Trabeculotomia ab extemo
- 12.55 Ciclodialisi
- 12.61 Trapanazione sclerale con iridectomia
- 12.63 Iridenclesi e iridotasi
- 12.64 Trabeculectomia ab externo
- 12.66 Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
- 12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera
- 12.72 Ciclocrioterapia
- 12.79 Altri interventi per glaucoma
- 12.83 Revisione di ferita operatoria del segmento anteriore dell'occhio non classificata altrove
- 12.84 Asportazione o demolizione di lesione della sclera
- 12.85 Riparazione di stafiloma della sclera con innesto
- 12.86 Altra riparazione di stafiloma della sclera
- 12.87 Rinforzo di sclera mediante innesto
- 12.92 Iniezione nella camera anteriore
- 12.93 Rimozione o distruzione dell'epitelio invadente la camera anteriore
- 12.11 Altri interventi sull'iride
- 13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale
- 13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino
- 13.2 Estrazione extra capsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare
- 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)
- 13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta
- 13.42 Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana
- 13.43 Dacoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta
- 13.51 Estrazione extracapsulare del cristallino per via temporale
- 13.59 Altra estrazione extracapsulare del cristallino
- 13.70 Inserzione di cristallino artificiale, SAI
- 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea
- 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale
- 13.8 Rimozione di cristallino impiantato
- 14.11 Aspirazione diagnostica del corpo vitreo
- 14.41 Piombaggio sclerale con impianto
- 14.49 Altre indentazione sclerale
- 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia
- 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia
- 14.71 Vitrectomia per via anteriore
- 14.73 Vitrectomia meccanica per via anteriore
- 14.75 Iniezione di sostituti vitreali (sostanze con effetto tamponante ab interno: aria, gas, olio di silicone, perfluorocarbonati, ecc.)
- 14.79 Altri interventi sul corpo vitreo
- 14.9 Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore
- 15.29 Altri interventi su un muscolo extraoculare
- 15.3 Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi
- 15.4 Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi
- 15.5 Trasposizione di muscoli extraoculari
- 16.31 Rimozione di contenuti del bulbo oculare con impianto contemporaneo endosclerale
- 16.39 Altra eviscerazione del bulbo oculare
- 16.41 Enucleazione del bulbo oculare con impianto contemporaneo nella capsula di Tenone di protesi, con inserzione di muscoli
- 16.42 Enucleazione del bulbo oculare con altro impianto contemporaneo
- 16.49 Altra enucleazione del bulbo oculare
- 16.61 Inserzione secondaria di impianto oculare
- 16.62 Revisione e reinserzione di impianto oculare
- 16.63 Revisione di enucleazione di orbita con innesto
- 16.64 Altra revisione di enucleazione di orbita
- 16.65 Innesto secondario ad eviscerazione della cavità oculare
- 16.66 Altra revisione di eviscerazione della cavità oculare
- 16.71 Rimozione di protesi oculare

16.72 Rimozione di protesi orbitale

Interventi sull'orecchio

18.21 Asportazione del seno preauricolare
18.31 Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno
18.39 Altra esportazione dell'orecchio esterno
18.6 Ricostruzione del canale uditivo esterno
18.79 Altra riparazione plastica 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
21.71 Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
21.72 Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto
21.83 Ricostruzione totale del naso
21.84 Revisione di rinoplastica
21.85 Rinoplastica di ingrandimento
21.86 Rinoplastica parziale
21.87 Altra rinoplastica
21.88 Altra plastica del setto
22.12 Biopsia a cielo aperto dei seni nasali
22.2 Antrotomia intranasale
22.31 Antrotomia mascellare radicale
22.39 Altra antrotomia mascellare esterna
22.51 Etmoidotomia
22.61 Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
22.62 Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio
22.9 Altri interventi sui seni nasali
24.2 Gengivoplastica con innesto osseo
24.31 Asportazione di lesione o tessuto della gengiva
24.4 Asportazione di lesione dentaria della mandibola
26.21 Marsupializzazione di cisti ghiandole salivari
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 esportazione di lesione del labbro
27.43 Altra esportazione 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
27.99 Altri interventi sulla cavità orale
28.2 Tonsillectomia senza adenoidectomia
28.3 Tonsillectomia con adenoidectomia
28.4 Asportazione di residuo tonsillare
28.6 Adenoidectomia senza tonsillectomia
28.92 Asportazione di lesione di tonsille e adenoidi
29.0 Faringotomia
29.2 Asportazione di cisti o vestigia della flessura branchiale
29.33 Faringectomia (parziale)

Interventi sul sistema respiratorio

30.01 Marsupializzazione di cisti laringea
30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe
30.22 Cordectomia
31.43 Biopsia [endoscopica] della laringe
31.72 Chiusura di fistola esterna della trachea
31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale
32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
33.26 Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone
33.27 Biopsia endoscopica del polmone

34.21	Toracosopia transpleurica
34.22	Mediastinoscopia
34.23	Biopsia della parete toracica
34.24	Biopsia della pleura
34.25	Biopsia per cutanea del mediastino
34.28	Altra procedura diagnostica sul torace, pleura e diaframma
34.92	Iniezione nella cavità toracica
34.99	Altri interventi sul torace

Interventi sul sistema cardiovascolare

36.01	Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica senza menzione di agente trombolitico
36.06	Inserzione di stent nell'arteria coronarica
36.09	Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica
37.21	Cateterismo cardiaco del cuore destro
37.22	Cateterismo cardiaco del cuore sinistro
37.23	Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro
37.24	Biopsia del pericardio
37.25	Biopsia del cuore
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 eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.87	Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia
37.89	Revisione o rimozione di pace-maker
38.22	Angioscopia per cutanea
38.50	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata
38.59	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
38.69	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore
39.27	Arteriovenostomia per dialisi renale
39.42	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
39.43	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
39.50	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico
39.90	Inserzione di stent su arteria non coronarica
39.91	Sbrigliamento dei vasi
39.93	Inserzione di cannula intervasale
39.94	Sostituzione di cannula intervasale

Interventi sul sistema ematico e linfatico

40.0	Incisione di strutture linfatiche
40.21	Asportazione di linfonodi cervicali profondi
40.22	Asportazione di linfonodi mammari interni
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
41.32	Biopsia percutanea della milza
41.33	Biopsia a cielo aperto della milza
42.11	Esofagostomia cervicale
42.32	Asportazione locale di altra lesione o tessuto dell'esofago
42.92	Dilatazione dell'esofago
42.99	Altri interventi sull'esofago
43.11	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]
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
44.22	Dilatazione endoscopica del piloro
44.93	Inserzione di bolla gastrica
44.94	Rimozione di bolla gastrica
45.33	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
45.41	Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
46.32	Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ]
46.40	Revisione di orifizio intestinale artificiale, SAI

46.41 Revisione di orifizio artificiale dell'intestino tenue
 46.42 Riparazione di ernia paracolostomica
 46.85 Dilatazione dell'intestino
 48.25 Biopsia a cielo aperto del retto
 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
 48.35 Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
 48.81 Incisione di tessuto perirettale
 48.82 Asportazione di tessuto perirettale
 48.91 Incisione di stenosi rettale
 48.92 Miomectomia anorettale
 48.93 Riparazione di fistola perirettale
 49.01 Incisione di ascesso perianale
 49.02 Altra incisione di tessuti perianali
 49.11 Fistulotomia anale
 49.12 Fistulectomia anale
 49.39 Altra esportazione o demolizione locale di lesione e tessuto del retto
 49.46 Asportazione delle emorroidi
 49.47 Rimozione di emorroidi trombizzate
 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
 49.91 Incisione di setto anale
 49.92 Inserzione sottocutanea di stimolatore anale elettrico
 49.93 Altra incisione dell'ano
 50.91 Aspirazione per cutanea del fegato
 50.94 Iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
 51.01 Aspirazione per cutanea della colecisti
 51.10 Colangiopancreatografia retrograda endoscopica [ERCP]
 51.11 Colangiografia retrograda endoscopica [ERC]
 51.12 Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari
 51.14 Altra biopsia (endoscopica del tratto biliare o dello sfintere di Oddi
 51.19 Altre procedure diagnostiche sulle vie biliari
 51.23 Colectomia laparoscopica
 51.24 Colectomia parziale laparoscopica
 51.81 Dilatazione dello sfintere d'Oddi
 51.82 Sfinterotomia pancreatica
 51.84 Dilatazione endoscopica dell'ampolla e del dotto biliare
 51.85 Sfinterotomia e papillotomia endoscopica
 51.86 Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasobiliare
 51.87 Inserzione endoscopica di protesi biliare
 51.88 Rimozione endoscopica di calcolo tratto biliare
 51.95 Rimozione di protesi del dotto biliare
 51.96 Estrazione per cutanea di calcoli dal dotto comune
 51.98 Altri interventi per cutaneo sul tratto biliare
 51.99 Altri interventi sulle vie biliari
 52.01 Drenaggio di cisti pancreatica mediante catetere
 52.11 Biopsia (agobiopsia)(per-cutanea)(aspirazione) del pancreas
 52.13 Pancreatografia retrograda endoscopica [ERP]
 52.14 Biopsia [endoscopica] del dotto pancreatico
 52.19 Altre procedure diagnostiche sul pancreas
 52.20 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del dotto pancreatico
 52.93 Inserzione endoscopica di tubo nel dotto pancreatico
 52.94 Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico
 52.97 Inserzione endoscopica di tubo di drenaggio nasopancreatico
 52.98 Dilatazione endoscopica del dotto pancreatico
 53.00 Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI

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 i monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi
53.05	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI
53.10	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI
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, SAI
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
53.51	Riparazione di ernia su incisione
53.59	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore
53.69	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi
54.0	Incisione della parete addominale
54.21	Laparoscopia
54.22	Biopsia della parete addominale o dell'ombelico amò
54.23	Biopsia del peritoneo
54.24	Biopsia (percutanea)(agobiopsia) di massa endoaddominale
54.25	Lavaggio peritoneale
54.29	Altre procedure diagnostiche sulla regione addominale
54.3	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico
54.51	Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali
54.91	Drenaggio percutanco addominale
54.92	Rimozione di corpo estraneo dalla cavità peritoneale
54.93	Creazione di fistola cutaneoperitoneale
54.97	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale
54.98	Dialisi peritoneale

Interventi sull'apparato urinario

55.03	Nefrostomia percutanea senza frammentazione
55.21	Nefroscopia (chirurgica o percutanea)
55.22	Pieloscopia (chirurgica o percutanea)
55.92	Aspirazione percutanca renale
55.95	Perfusione dei rene con sostanze terapeutiche
55.96	Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene Sclerotizzazione di cisti renale
56.0	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo
56.1	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)
56.31	Ureterosopia
56.32	Biopsia percutanea dell'uretere
56.33	Biopsia transureteroscopica
56.34	Biopsia a cielo aperto dell'uretere
56.39	Altre procedure diagnostiche sull'uretere
56.62	Revisione di ureterocutaneostomia
56.81	Ureterotomia endoscopica
56.91	Dilatazione della papilla ureterale
56.92	Impianto di stimolatore uretrale
57.0	Drenaggio transuretrale della vescica
57.18	Cistostomia cistolitotomia sovrappubica
57.21	Creazione di cistostomia sovrappubica permanente
57.22	Revisione di cistostomia
57.33	Cistoscopia [transuretrale] con biopsia
57.34	Biopsia vescicale a cielo aperto
57.49	Altra resezione transuretrale di lesione vescicole o neoplastica
57.91	Sfinterotomia vescicale

58.1	Meatotomia uretrale
58.31	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
58.39	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra (caruncola uretrale)
58.47	Meatoplastica uretrale
58.5	Uretrotomia endoscopica
58.92	Asportazione di tessuto periuretrale
58.93	Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali
59.4	Sospensione uretrale sovrapubica con sling
59.72	Impianto per iniezione nell'uretra c/o nel collo vescicale
59.8	Cateterizzazione ureterale
59.95	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica

Interventi sugli organi genitali maschili

60.0	Incisione della prostata
60.14	Biopsia a cielo aperto delle vescichette seminali
60.71	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
60.95	Dilatazione transuretrale mediante palloncino dell'uretra prostatica
61.0	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
61.2	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)
61.3	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
61.92	Asportazione di ematocele
62.11	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo
62.12	Biopsia a cielo aperto del testicolo
62.2	Asportazione o demolizione di lesione testicolare
62.3	Orchiectomia monolaterale
62.5	Orchiopessi
62.7	Inserzione di protesi testicolare
63.01	Biopsia del cordone spermatico, dell'epididimo o dei dotti deferenti
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
63.52	Derotazione del funicolo e del testicolo
63.6	Vasotomia e vasostomia
63.82	Ricostruzione dei deferenti chirurgicamente sezionati
63.92	Epididimotomia
63.93	Incisione del cordone spermatico
63.95	Inserimento di valvole nei dotti deferenti
64.0	Circoncisione
64.11	Biopsia del pene
64.2	Asportazione o demolizione di lesione del pene
64.41	Sutura di lacerazione del pene
64.91	Plastiche di slittamento del prepuzio
64.93	Liberazione di sinechie peniene
64.98	Altri interventi sul pene

Interventi sugli organi genitali femminili

65.01	Ovartomia laparoscopica
65.11	Biopsia aspirativa dell'ovaio
65.12	Altra biopsia dell'ovaio
65.13	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
65.14	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche dell'ovaio
65.23	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica
65.24	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica
65.25	Altra asportazione locale o distruzione dell'ovaio
65.31	Ovartomia laparoscopica monolaterale
65.49	Ovariectomia laparoscopica monolaterale
65.54	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo
65.64	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo e della tuba
65.74	Sutura semplice laparoscopica dell'ovaio
65.81	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube
65.89	Adesiolisi salpingo-annessiale

65.91	Aspirazione dell'ovaio
66.21	Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube
66.22	Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube
66.29	Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube
66.31	Altra legatura e clampaggio bilaterale delle tube
66.32	Altra legatura e sezione bilaterale delle tube Intervento di Pomeri
66.39	Altra demolizione od occlusione bilaterale delle tube
66.4	Salpingectomia totale monolaterale
67.2	Conizzazione della cervice
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
67.5	Riparazione di ostio cervicale interno
67.61	Sutura di lacerazione della cervice
68.16	Biopsia dell'utero
68.21	Divisione di sinechie endometriali
68.22	Incisione o asportazione di setto congenito dell'utero
68.29	Vaporizzazione laser cervicale
69.01	Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza
69.02	Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto
69.19	Altra asportazione o demolizione dell'utero e delle strutture di sostegno
69.29	Altra riparazione dell'utero e delle strutture di sostegno
69.3	Denervazione uterina paracervicale
69.4	Riparazione uterina
69.51	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza
69.52	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto
69.6	Procedura per provocare o isolare il flusso mestruale
70.0	Culdocentesi
70.11	Imenectomia
70.12	Culdotomia
70.13	Lisi di aderenze intraluminari della vagina
70.14	Altra vaginotomia
70.33	Asportazione o demolizione di lesione della vagina
70.71	Sutura di lacerazione della vagina
70.76	Imenoraffia
71.09	Altra incisione della vulva e del perineo
71.23	Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolini
71.24	Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolini
71.3	Altra esportazione o demolizione locale della vulva e del perineo Fecondazione medicalmente assistita

Interventi ostetrici

75.1	Amniocentesi diagnostica prelievo dei villi coriali
------	---

Interventi sull'apparato muscolo-scheletrico

76.72	Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare
76.74	Riduzione aperta di frattura mascellare
76.97	Rimozione di mezzi di fissazione interna dalle ossa facciali
77.04	Sequestrectomia del carpo e del metatarso
77.08	Sequestrectomia del tarso e del metatarso
77.23	Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna
77.24	Resezione cuneiforme del carpo e del metacarpo
77.28	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso
77.33	Altra sezione del radio e dell'ulna
77.34	Altra sezione del tarso e metatarso
77.38	Altra sezione del tarso e metatarso
77.41	Biopsia della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)
77.42	Biopsia dell'omero
77.43	Biopsia del radio e dell'ulna
77.44	Biopsia del carpo e metacarpo
77.45	Biopsia del femore
77.46	Biopsia della rotula
77.47	Biopsia della tibia e del perone
77.48	Biopsia del tarso e metatarso

77.49 Biopsia di altre ossa, ad eccezione di quelle faccia
 77.51 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso
 77.52 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed artrodesi
 77.53 Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli
 77.54 Asportazione o correzione di borsite
 77.56 Riparazione di dito a martello
 77.57 Riparazione dito ad artiglio
 77.58 Altra asportazione, fusione o riparazione di dita
 77.59 Altra asportazione di borsite
 77.63 Asportazione locale di lesione o tessuto di radio e ulna
 77.64 Asportazione locale di lesione o tessuto di carpo e metacarpo
 77.66 Asportazione locale di lesione o tessuto della rotula
 77.68 Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso
 77.69 Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali
 77.73 Prelievo di osso del radio e dell'ulna per innesto
 77.74 Prelievo di osso del carpo e del metacarpo per innesto
 77.78 Prelievo di osso del tarso e del metatarso per innesto
 77.83 Altra osteotomia parziale del radio e dell'ulna
 77.84 Altra osteotomia parziale del carpo e del metacarpo
 77.88 Altra osteotomia del tarso e del metatarso
 77.89 Altra osteotomia parziale di altre ossa
 77.94 Osteotomia totale del carpo e del metacarpo
 77.98 Osteotomia del tarso e del metatarso
 77.99 Osteotomia totale di altre ossa, escluse quelle facciali
 78.03 Innesto osseo del radio e dell'ulna
 78.04 Innesto osseo del carpo e del metacarpo
 78.08 Innesto osseo del tarso e del metatarso
 78.09 Innesto osseo di altre ossa
 78.13 Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna
 78.14 Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo
 78.18 Applicatore di fissatore di tarso e metatarso
 78.19 Applicazione di fissatore esterno di altro osso
 78.24 Accorciamento di carpo e metacarpo
 78.28 Accorciamento di tarso e metatarso
 78.33 Allungamento di radio e ulna
 78.34 Allungamento di carpo e metacarpo
 78.35 Allungamento di tarso e metatarso
 78.39 Allungamento di altro osso
 78.43 Altri interventi di riparazione o plastica su radio e ulna
 78.44 Altri interventi di riparazione o plastica su carpo e metacarpo
 78.48 Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso
 78.49 Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa
 78.53 Fissazione interna del radio e dell'ulna senza riduzione di frattura
 78.54 Fissazione interna di carpo e metacarpo senza riduzione di frattura
 78.55 Fissazione interna di falangi senza riduzione di frattura
 78.58 Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura
 78.59 Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura
 78.60 Rimozione di dispositivo impiantato, sede non specificata
 78.61 Rimozione di dispositivo impiantato da scapola, clavicola e torace
 78.62 Rimozione di dispositivo impiantato dall'omero
 78.63 Rimozione di dispositivo impiantato da radio e ulna
 78.64 Rimozione di dispositivo impiantato da carpo e metacarpo
 78.65 Rimozione di dispositivo impiantato dal femore
 78.66 Rimozione di dispositivo impiantato dalla rotula
 78.67 Rimozione di dispositivo impiantato da tibia e fibula
 78.68 Rimozione di dispositivo impiantato da tarso e metatarso
 78.69 Rimozione di dispositivo impiantato da altre ossa
 78.73 Osteoclasia del radio e dell'ulna
 78.74 Osteoclasia del carpo e del metacarpo
 78.78 Osteoclasia del tarso e del metatarso
 78.79 Osteoclasia di altre ossa
 78.90 Inserzione di stimolatore di crescita ossea, sede non specificata
 78.91 Inserzione di stimolatore di crescita ossea su clavicola e torace (coste e sterno)

78.92 Inserzione di stimolatore di crescita ossea sull'omero
 78.93 Inserzione di stimolatore di crescita ossea su radio e ulna
 78.94 Inserzione di stimolatore di crescita ossea su carpo e metacarpo
 78.95 Inserzione di stimolatore di crescita ossea sul femore
 78.96 Inserzione di stimolatore di crescita ossea sulla rotula
 78.97 Inserzione di stimolatore di crescita ossea sulla tibia e fibula
 78.98 Inserzione di stimolatore di crescita ossea sul tarso e metatarso
 80.03 Artrotomia per rimozione di protesi del polso
 80.04 Artrotomia per rimozione di protesi della mano e delle dita della mano
 80.08 Artrotomia per rimozione di protesi del piede e delle dita del piede
 80.13 Altra artrotomia del polso
 80.14 Altra artrotomia della mano e delle dita della mano
 80.17 Altra artrotomia della caviglia
 80.18 Altra artrotomia del piede e delle dita del piede
 80.21 Artroscopia della spalla
 80.22 Artroscopia del gomito
 80.23 Artroscopia del polso
 80.24 Artroscopia della mano e delle dita della mano
 80.25 Artroscopia dell'anca
 80.26 Artroscopia del ginocchio
 80.27 Artroscopia della caviglia
 80.28 Artroscopia del piede e delle dita del piede
 80.31 Biopsia delle strutture articolari della spalla
 80.32 Biopsia delle strutture articolari del gomito
 80.33 Biopsia delle strutture articolari del polso
 80.35 Biopsia delle strutture articolari dell'anca
 80.36 Biopsia delle strutture articolari del ginocchio
 80.37 Biopsia delle strutture articolari della caviglia
 80.40 Incisione di capsula articolare, legamento o cartilagine
 80.42 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del gomito
 80.43 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del polso
 80.44 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano
 80.46 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del Ginocchio
 80.47 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della caviglia
 80.48 Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del piede e delle dita del piede
 80.59 Altra distruzione di disco intervertebrale (Distruzione effettuata con laser)
 80.73 Sinoviectomia del polso
 80.74 Sinoviectomia della mano e delle dita della mano
 80.78 Sinoviectomia del piede e delle dita del piede
 80.82 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito
 80.83 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso
 80.84 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della mano e delle dita della mano
 80.86 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio
 80.87 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della caviglia
 80.88 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
 80.98 Altra asportazione dell'articolazione del piede e delle dita del piede Altra fusione del piede
 81.25 Fusione carpo-radiale
 81.26 Fusione metacarpocarpale
 81.27 Fusione metacarpofalangea
 81.28 Fusione interfalangea
 81.71 Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto
 81.72 Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto
 81.73 Sostituzione totale di polso
 81.74 Artroplastica dell'articolazione carpo-carpale e carpometacarpale con impianto
 81.75 Artroplastica della articolazione carpo-carpale e carpometacarpale senza impianto
 81.93 Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore
 81.94 Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede
 81.95 Sutura della capsula o del legamento in altra parte dell'arto inferiore
 82.02 Miotomia della mano
 82.03 Bursotomia della mano
 82.11 Tenotomia della mano Sezione di tendine della mano
 82.12 Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano

82.19 Altra sezione di tessuto molle della mano
 82.21 Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano
 82.22 Asportazione di lesione dei muscoli della mano
 82.29 Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano
 82.31 Borsectomia della mano
 82.32 Asportazione dei tendini della mano per innesto
 82.33 Altra tendinectomia della mano
 82.34 Asportazione di muscolo o fasce della mano per innesto
 82.35 Altra fascectomia della mano
 82.36 Altra miectomia della mano
 82.39 Altra esportazione dei tessuti molli della mano
 82.41 Sutura della fascia tendinea della mano
 82.42 Sutura differita dei tendini flessori della mano
 82.43 Sutura differita di altri tendini della mano
 82.44 Altra sutura dei tendini flessori della mano
 82.45 Altra sutura di altri tendini della mano
 82.46 Sutura di muscoli o fasce della mano
 82.51 Avanzamento di tendini della mano
 82.52 Arretramento di tendini della mano
 82.53 Reinserzione di tendini della mano
 82.54 Reinserzione di muscoli della mano
 82.55 Altra modificazione di lunghezza di tendini e muscoli della mano
 82.56 Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano
 82.57 Altra trasposizione di tendini della mano
 82.58 Altro trasferimento o trapianto di muscoli della mano
 82.59 Altra trasposizione di muscoli della mano
 82.71 Ricostruzione di puleggia tendinea Ricostruzione mediante plastica con l'opponente
 82.81 Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
 82.82 Riparazione di difetti della mano
 82.83 Riparazione di macrodattilia
 82.84 Riparazione di dito a martello
 82.85 Altra tenodesi.della mano
 82.86 Altra tenoplastica della mano
 82.89 Altri interventi di plastica sulla mano
 82.91 Lisi di aderenze della mano Liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano
 83.01 Esplorazione della fascia tendinea
 83.02 Miotomia
 83.03 Borsotomia
 83.09 Altra incisione dei tessuti molli
 83.11 Tenotomia dell'achilleo
 83.12 Tenotomia dell'adduttore dell'anca
 83.13 Altra tenotomia Aponeurotomia
 83.14 Fasciotomia
 83.21 Biopsia dei tessuti molli
 83.31 Asportazione di lesione delle fasce tendinee
 83.32 Asportazione di lesione dei muscoli
 83.39 Asportazione di lesione di altri tessuti molli Asportazione di cisti di Baker
 83.41 Asportazione di tendini per innesti
 83.42 Altra tendinectomia
 83.43 Asportazione di muscoli o fasce per innesto
 83.44 Altra fascectomia
 83.49 Altra asportazione di tessuti molli
 83.5 Borsectomia
 83.61 Sutura di guaina tendinea
 83.62 Sutura differita di tendini
 83.63 Riparazione della cuffia dei rotatori
 83.64 Altra sutura di tendini
 83.65 Altra sutura di muscoli o fasce Riparazione di diastasi dei retti
 83.71 Avanzamento di tendini
 83.72 Arretramento di tendini
 83.73 Reinserzione di tendini
 83.74 Reinserzione di muscoli
 83.75 Trasposizione o trapianto di tendini

83.76	Altra trasposizione di tendine
83.81	Innesto tendineo
83.82	Innesto di muscoli o fasce
83.83	Ricostruzione di puleggia tendinea
83.91	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice
84.03	Amputazione a livello della mano
84.04	Disarticolazione del polso
84.11	Amputazione di dita del piede
84.12	Amputazione a livello del piede
84.3	Revisione del moncone di amputazione

Interventi sui tegumenti

85.0	Mastotomia
85.12	Biopsia a cielo aperto della mammella
85.20	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, SAI
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
85.41	Mastectomia semplice monolaterale
85.53	Impianto di protesi monolaterale
85.54	Impianto di protesi bilaterale
85.6	Mastopessi
85.82	Innesto a spessore parziale nella mammella
85.83	Innesto a tutto spessore nella mammella
85.86	Trasposizione del capezzolo
85.87	Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo
85.93	Revisione di protesi della mammella
85.94	Rimozione di protesi della mammella
85.95	Inserzione di espansore tessutale nella mammella
85.96	Rimozione di espansore tessutale dalla mammella
85.99	Altri interventi sulla mammella
86.03	Incisione di cisti o seno pilonidale
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
86.60	Innesto cutaneo libero, SAI
86.62	Altro innesto di cute sulla mano
86.63	Innesto di cute a tutto 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 peduncolato
86.74	Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi
86.75	Revisione di innesto peduncolato o a lembo
86.82	Ritidectomia facciate
86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute
86.85	Correzione di sindattilia
86.91	Asportazione di cute per innesto
86.93	Inserzione di espansore tessutale

Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche

87.51	Colangiografia epatica percutanea
87.74	Pielografia retrograda
87.75	Pielografia percutanea
88.40	Arteriografia con mezzo di contrasto, sede non specificata

88.41	Arteriografia di arterie cerebrali
88.42	Aortografia
88.43	Arteriografia delle arterie polmonari
88.44	Arteriografia di altri vasi intratoracici
88.45	Arteriografia delle arterie renali
88.46	Arteriografia della placenta
88.47	Arteriografia di altre arterie intraaddominali
88.48	Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
88.49	Arteriografia di altre sedi specificate
88.51	Angiocardiografia della vena cava
88.52	Angiocardiografia del cuore destro
88.53	Angiocardiografia del cuore sinistro
88.54	Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
88.56	Arteriografia coronarica con catetere doppio
88.57	Altra e non specificata arteriografia coronarica
88.60	Flebografia con mezzo di contrasto, sede non specificata
88.61	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene del capo e del collo
88.62	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene polmonari
88.63	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intratoraciche
88.64	Flebografia con mezzo di contrasto del sistema portale
88.65	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali
88.66	Flebografia con mezzo di contrasto della femorale e di altre vene degli arti inferiori
88.67	Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate
88.68	Flebografia ad impedenza
97.55	Rimozione di tubo a T, altro tubo biliare, tubo epatico
97.56	Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico
98.51	Litotrissia extracorporea
99.61	Cardioversione atriale

LISTA PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN REGIME AMBULATORIALE

INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO

- 06.01 Aspirazione nella regione tiroidea
- 06.11 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide

INTERVENTI SULL'OCCHIO

- 08 Interventi sulla palpebra
- 08.0 Incisione della palpebra
- 08.01 Incisione del margine palpebrale
- 08.02 Apertura di blefarorrafia
- 08.09 Altra incisione della palpebra
- 08.11 Biopsia della palpebra
- 08.19 Altre procedure diagnostiche sulla palpebra
- 08.20 Rimozione di lesione della palpebra, SAI
- 08.21 Asportazione di calazio
- 08.22 Asportazione di altra piccola lesione della palpebra
- 08.23 Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore
- 08.21 Asportazione di lesione estesa della palpebra a tutto spessore
- 08.25 Demolizione di lesione palpebrale
- 08.37 Riduzione di sovracorrezione di blefaroptosi
- 08.38 Correzione di retrazione della palpebra
- 08.41 Riparazione di entropion o ectropion con termocolagulazione
- 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
- 08.49 Altra riparazione di entropion o ectropion
- 08.51 Cantotomia
- 08.52 Blefarorrafia
- 08.59 Altra Correzione della posizione 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
- 08.70 Ricostruzione della palpebra, SAI
- 08.71 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.72 Altra ricostruzione della palpebra, non a tutto spessore
- 08.73 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
- 08.74 Altra ricostruzione della palpebra, a tutto spessore
- 08.81 Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia
- 08.82 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore
- 08.83 Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore
- 08.84 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore
- 08.85 Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore
- 08.86 Plastica anti-rughe della palpebra inferiore
- 08.87 Plastica anti-rughe della palpebra superiore
- 08.89 Altra riparazione della palpebra
- 08.91 Depilazione elettrochirurgica della palpebra
- 08.92 Depilazione criochirurgica della palpebra
- 08.93 Altra depilazione della palpebra

08.99 Altri interventi sulla palpebra
 09.0 Incisione della ghiandola lacrimale
 09.1 Procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale
 09.11 Biopsia della ghiandola lacrimale
 09.12 Biopsia del sacco lacrimale
 09.19 Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale
 09.20 Asportazione della ghiandola lacrimale, SAI
 09.21 Asportazione di lesione della ghiandola lacrimale
 09.22 Altra dacrioadenectomia parziale
 09.23 Dacrioadenectomia totale
 09.3 Altri interventi sulla ghiandola lacrimale
 09.41 Specillazione del punto lacrimale
 09.42 Specillazione dei canalicoli lacrimali
 09.43 Specillazione del dotto naso-lacrimale
 09.44 Intubazione del dotto naso-lacrimale
 09.49 Altre manipolazioni delle vie lacrimali
 09.51 Incisione del punto lacrimale
 09.52 Incisione dei canalicoli lacrimali
 09.53 Incisione del sacco lacrimale
 09.59 Altra incisione delle vie lacrimali
 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
 09.99 Altri interventi sull'apparato lacrimale
 10.0 Rimozione di corpo estraneo infisso nella congiuntiva con incisione
 10.1 Altra incisione della congiuntiva
 10.21 Biopsia della congiuntiva
 10.29 Altre procedure diagnostiche sulla congiuntiva
 10.31 Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva
 10.32 Demolizione di lesione della congiuntiva
 10.33 Altri interventi di demolizione sulla congiuntiva
 10.43 Altra ricostruzione di cul de sac congiuntiva
 10.44 Altro innesto libero alla congiuntiva
 10.49 Altra congiuntivoplastica
 10.5 Lisi di aderenze della congiuntiva e della palpebra
 10.6 Riparazione di lacerazione della congiuntiva
 10.91 Iniezione sottocongiuntivale
 10.99 Altri interventi sulla congiuntiva
 11.0 Rimozione di corpo estraneo dalla cornea con impiego di magnete
 11.1 Incisione della cornea
 11.21 Curettage della cornea per striscio o coltura
 11.22 Biopsia della cornea
 11.29 Altra procedura diagnostica sulla cornea
 11.31 Trasposizione dello pterigium
 11.32 Asportazione dello pterigium con innesto della cornea
 11.39 Altra esportazione dello pterigium
 11.41 Rimozione meccanica dell'epitelio corneale
 11.42 Termocauterizzazione di lesione della cornea
 11.43 Crioterapia di lesione della cornea
 11.49 Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea
 11.61 Cheratoplastica lamellare autologa
 11.62 Altra cheratoplastica lamellare
 11.71 Cheratomileusi
 11.72 Cheratofachia
 11.74 Termocheratoplastica
 11.75 Cheratotomia radiale
 11.76 Epicheratofachia (lembo fresco, lembo conservato)
 11.79 Altri interventi refrattivi sulla cornea
 11.91 Tatuaggio della cornea
 11.92 Rimozione di "impianto" artificiale dalla cornea
 11.99 Altri interventi sulla cornea

- 12.11 Iridotomia mediante trasfissione
- 12.12 Altra iridotomia
- 12.13 Escissione di iride prolassata
- 12.14 Altra iridectomia
- 12.21 Aspirazione diagnostica della camera anteriore dell'occhio
- 12.22 Biopsia dell'iride
- 12.29 Altra procedura diagnostica sull'iride, sul corpo ciliare, sulla sclera e sulla camera anteriore
- 12.31 Lisi di goniosinechie
- 12.32 Lisi di altre sinechie anteriori
- 12.33 Lisi di sinechie posteriori
- 12.34 Lisi di aderenze corneovitreali
- 12.35 Corneoplastica
- 12.39 Altra iridoplastica
- 12.40 Rimozione di lesione del segmento anteriore dell'occhio, SAI
- 12.41 Demolizione di lesione dell'iride, non escissionale
- 12.43 Demolizione di lesione del corpo ciliare non escissionale
- 12.59 Altri interventi per facilitare la circolazione intraoculare
- 12.62 Termocauterizzazione della sclera con iridectomia
- 12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia
- 12.66 Revisione postoperatoria di interventi di fistolizzazione della sclera
- 12.71 Ciclodiatermia
- 12.72 Ciclocrioterapia
- 12.73 Ciclofotocoagulazione
- 12.74 Riduzione del corpo ciliare, SAI
- 12.79 Altri interventi per glaucoma
- 12.82 Riparazione di fistola sclerale
- 12.89 Altri interventi sulla sclera
- 12.91 Paracentesi della camera anteriore
- 12.92 Iniezione nella camera anteriore
- 12.93 Rimozione o distruzione dell'epitelio invadente la camera anteriore
- 12.97 Altri interventi sull'iride
- 12.98 Altri interventi sul colpo ciliare
- 12.99 Altri interventi sulla camera anteriore
- 13.64 Capsulotomia con YAG-laser dopo estrazione di cataratta
- 13.65 Asportazione chirurgica di cataratta secondaria
- 13.66 Capsulotomia chirurgica dopo estrazione di cataratta
- 13.69 Altra estrazione di cataratta secondaria
- 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale
- 13.8 Rimozione di cristallino impiantato
- 13.9 Altri interventi sul cristallino
- 14.11 Aspirazione diagnostica del corpo vitreo
- 14.19 Altre procedure diagnostiche sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore
- 14.21 Trattamento diatermico di lesione corioretinica
- 14.22 Criotrattamento di lesione corioretinica
- 14.23 Fotocoagulazione di lesione corioretinica con xenon
- 14.24 Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser
- 14.25 Fotocoagulazione di lesione corioretinica SAI
- 14.26 Trattamento di lesione corioretinica con terapia radiante
- 14.27 Trattamento di lesione corioretinica mediante impianto di sorgente radioattiva
- 14.29 Altro trattamento di lesione corioretinica
- 14.31 Riparazione di lacerazione della retina mediante diatermia
- 14.32 Riparazione di lacerazione della retina mediante crioterapia
- 14.33 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon
- 14.34 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)
- 14.35 Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
- 14.39 Altra riparazione di lacerazione della retina
- 14.51 Riparazione di distacco retinico mediante diatermia
- 14.52 Riparazione di distacco retinico con crioterapia
- 14.53 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione xenon
- 14.54 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser
- 14.55 Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
- 14.59 Altra riparazione di distacco retinico
- 14.6 Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente

- 14.74 Altra vitrectomia meccanica
- 15.01 Biopsia di muscoli o tendini extraoculari
- 15.09 Altre procedure diagnostiche su muscoli e tendini extraoculari
- 15.11 Arretramento di un muscolo extraoculare
- 15.12 Avanzamento di un muscolo extraoculare
- 15.13 Resezione di un muscolo extraoculare
- 15.19 Altri interventi su un muscolo extraoculare che richiedono distacco temporaneo dal bulbo
- 15.21 Interventi di allungamento di un muscolo extraoculare
- 15.22 Interventi di accorciamento di un muscolo extraoculare
- 15.29 Altri interventi su un muscolo extraoculare
- 15.3 Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi
- 15.4 Altri interventi su due o più muscoli extraoculari, uno o entrambi gli occhi
- 15.5 Trasposizione di muscoli extraoculari
- 15.6 Revisione di chirurgia su muscolo extraoculare
- 15.7 Riparazione di lesioni del muscolo extraoculare
- 15.9 Altri interventi su muscoli e tendini extraoculari
- 16.21 Oftalmoscopia
- 16.22 Aspirazione diagnostica dell'orbita
- 16.23 Biopsia del bulbo oculare e dell'orbita
- 16.29 Altre procedure diagnostiche sull'orbita e sul bulbo oculare
- 16.69 Altri interventi secondari dopo rimozione di bulbo oculare
- 16.91 Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche

INTERVENTI SULL'ORECCHIO

- 18.01 Perforazione del lobo dell'orecchio
- 18.02 Incisione del canale uditivo esterno
- 18.09 Altra incisione dell'orecchio esterno
- 18.11 Otoscopia
- 18.12 Biopsia dell'orecchio esterno
- 18.19 Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno
- 18.29 Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno
- 18.4 Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno
- 20.09 Altra miringotomia

INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE

- 21.00 Controllo di epistassi, SAI
- 21.01 Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore
- 21.02 Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale posteriore (e anteriore)
- 21.03 Controllo di epistassi mediante cauterizzazione (e tamponamento)
- 21.21 Rinoscopia
- 21.22 Biopsia del naso
- 21.29 Altre procedure diagnostiche sul naso
- 21.31 Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale
- 21.32 Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso
- 21.69 Altra turbinectomia
- 21.81 Sutura di lacerazione del naso
- 21.91 Lisi di aderenze del naso
- 22.00 Aspirazione e lavaggio dei seni nasali, SAI
- 22.01 Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio
- 22.02 Aspirazione o lavaggio dei seni nasali attraverso la via naturale
- 22.11 Biopsia [endoscopica] [agobiopsia] dei seni nasali
- 22.19 Altre procedure diagnostiche sui seni nasali
- 23.11 Estrazione di radice residua
- 23.19 Altra estrazione chirurgica di dente
- 23.2 Riparazione di dente mediante otturazione
- 23.3 Riparazione di dente mediante intarso
- 23.41 Applicazione di corona
- 23.42 Inserzione di ponte fisso

- 23.43 Inserzione di ponte rimovibile
- 23.49 Altra riparazione dentaria
- 23.6 Impianto di dente
- 23.7 Impianto di protesi dentaria
- 23.70 Terapia canalare, NAS
- 23.71 Terapia scanalare con irrigazione
- 23.72 Terapia canalicolare con apicectomia
- 23.73 Apicectomia
- 24.0 Incisione di gengiva e di osso alveolare
- 24.11 Biopsia della gengiva
- 24.12 Biopsia dell'alveolo
- 24.19 Altre procedure sui denti, gengive o alveoli
- 24.2 Gengivoplastica
- 24.39 Altri interventi sulla gengiva
- 24.5 Alveoloplastica
- 24.6 Esposizione chirurgica di dente
- 24.7 Applicazione di sussidio ortodontico
- 24.8 Altro intervento ortodontico
- 24.91 Estensione o approfondimento del solco linguale o labiale
- 24.99 Altri interventi sui denti
- 25.01 Biopsia [agobiopsia] della lingua
- 25.02 Biopsia a cielo aperto della lingua Biopsia a cuneo
- 25.09 Altra procedura diagnostica sulla lingua
- 25.51 Sutura di lacerazione della lingua
- 25.91 Frenulotomia linguale
- 25.92 Frenulectomia linguale
- 25.94 Altra glossotomia
- 25.99 Altri interventi sulla lingua
- 26.0 Incisione delle ghiandole o dotti salivari
- 26.11 Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare
- 26.19 Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari
- 26.41 Sutura di lacerazione di ghiandola salivare
- 26.91 Specillazione di dotto salivare
- 26.99 Altri interventi su ghiandole o dotti salivari
- 27.1 Incisione del palato
- 27.21 Biopsia del palato osseo
- 27.22 Biopsia dell'ugola
- 27.23 Biopsia del labbro
- 27.24 Biopsia della bocca, struttura non specificata
- 27.29 Altre procedure diagnostiche sulla cavità orale
- 27.41 Frenulectomia labiale
- 27.51 Sutura di lacerazione del labbro
- 27.52 Sutura di lacerazione di altra parte della bocca
- 27.61 Sutura di lacerazione del palato
- 27.71 Incisione dell'ugola
- 27.91 Frenulotomia labiale
- 27.92 Incisione della bocca, struttura non specificata
- 28.11 Biopsia di tonsille e adenoidi
- 28.91 Rimozione di corpo estraneo da tonsille e adenoidi mediante incisione
- 29.11 Faringoscopia
- 29.12 Biopsia faringea
- 29.19 Altre procedure diagnostiche sul faringe

INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO

- 31.41 Tracheoscopia attraverso stoma artificiale
- 31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia
- 31.43 Biopsia [endoscopica] della laringe
- 31.44 Biopsia chiusa [endoscopica] della trachea
- 31.48 Altra procedura diagnostica sulla laringe
- 31.49 Altre procedure diagnostiche sulla trachea
- 31.94 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella trachea
- 31.93 Sostituzione di stent laringeo o tracheale

- 33.21 Broncoscopia attraverso stoma artificiale
- 33.22 Broncoscopia con fibre ottiche
- 33.23 Altra broncoscopia
- 33.24 Biopsia bronchiale [endoscopica]
- 33.29 Altre procedure diagnostiche sul polmone
- 34.91 Toracentesi
- 34.92 Iniezione nella cavità toracica

INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

- 38.22 Angioscopia percutanea
- 38.89 Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore
- 38.94 Preparazione di vena per incannulamento
- 38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale
- 38.98 Altra puntura di arteria
- 38.99 Altra puntura di vena
- 39.58 Riparazione di vaso sanguigno con patch non specificato
- 39.92 Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
- 39.99 Altri interventi sui vasi

INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

- 40.11 Biopsia di strutture linfatiche
- 40.19 Altre procedure diagnostiche sulle strutture linfatiche
- 40.29 Asportazione semplice di altre strutture linfatiche
- 41.38 Altre procedure diagnostiche sul midollo osseo

INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE

- 42.23 Altra esofagoscopia
- 42.24 Biopsia [endoscopica] dell'esofago
- 42.29 Altre procedure diagnostiche sull'esofago
- 43.41 Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
- 44.11 Gastrosocopia transaddominale
- 44.12 Gastrosocopia attraverso stoma artificiale
- 44.13 Altra gastroscopia
- 44.14 Biopsia [endoscopica] dello stomaco
- 44.15 Altra biopsia dello stomaco
- 44.19 Altra procedura diagnostica sullo stomaco
- 45.13 Altra endoscopia dell'intestino tenue
- 45.14 Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue
- 45.16 Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia
- 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
- 45.22 Endoscopia dell'intestino crasso attraverso stoma artificiale
- 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile
- 45.24 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
- 45.25 Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso
- 45.28 Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
- 45.29 Altra procedura diagnostica sull'intestino, sede non specificata
- 45.30 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione del duodeno
- 45.42 Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
- 45.43 Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
- 48.21 Proctosigmoidoscopia transaddominale
- 48.22 Proctosigmoidoscopia attraverso orifizio artificiale
- 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido
- 48.24 Biopsia [endoscopica] del retto
- 48.26 Biopsia di tessuti perirettali
- 48.29 Altre procedure diagnostiche sul retto, rettosigmoide e tessuti perirettali
- 49.29 Asportazione di appendice cutanea perianale
- 49.03 Altra asportazione di tessuti perianali
- 49.21 Anoscopia
- 49.22 Biopsia dei tessuti perianali
- 49.23 Biopsia dell'ano

- 49.29 Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali
- 49.31 Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano
- 49.41 Riduzioni di emorroidi
- 49.42 Iniezioni delle emorroidi
- 49.43 Cauterizzazione delle emorroidi
- 49.44 Demolizione di emorroidi per crioterapia
- 49.45 Legatura delle emorroidi
- 49.94 Riduzione di prolasso anale
- 50.11 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del fegato
- 54.22 Biopsia della parete addominale o dell'ombelico

INTERVENTI SULL'APPARATO URINARIO

- 55.23 Biopsia percutanea [agobiopsia] del rene alla cieca, ecoguidata, TAC-guidata, endoscopica
- 55.93 Sostituzione di drenaggio nefrostomico
- 55.94 Sostituzione di drenaggio pielostomico
- 57.17 Cistostomia per cutanea
- 57.31 Cistoscopia attraverso stoma artificiale
- 57.32 Altra cistoscopia
- 57.92 Calibraggio collo vescicale
- 57.94 Cateterismo vescicale
- 57.95 Riposizionamento di catetere vescicale
- 57.99 Altri interventi sulla vescica
- 58.22 Uretroscopia
- 58.23 Biopsia dell'uretra
- 58.29 Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale
- 58.6 Dilatazione uretrale

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI

- 60.11 Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata
- 60.13 Biopsia [percutanea] delle vescicole seminali
- 60.71 Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
- 60.91 Aspirazione percutanea della prostata
- 60.92 Iniezione (di farmaci) nella prostata
- 61.11 Biopsia dello scroto o della tunica vaginale
- 61.41 Sutura di lacerazione dello scroto e della tunica vaginale
- 61.91 Aspirazione percutanea della tunica vaginale
- 62.11 Biopsia (per cutanea) (agobiopsia) del testicolo
- 62.91 Aspirazione del testicolo
- 62.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
- 63.91 Aspirazione di spermatocele
- 64.91 Plastiche di slittamento del prepuzio

INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI

- 66.88 Insufflazione tube
- 67.1 Procedure diagnostiche sulla cervice
- 67.11 Biopsia endocervicale
- 67.12 Altra biopsia cervicale
- 67.19 Altre procedure diagnostiche sulla cervice
- 67.31 Marsupializzazione di cisti cervicale
- 67.32 Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione
- 67.33 Demolizione di lesione della cervice mediante criochirurgia
- 67.39 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
- 68.12 Isteroscopia
- 69.09 Biopsia endometriale
- 69.70 Inserzione di dispositivo contraccettivo intrauterino (IUD)
- 70.21 Vaginoscopia
- 70.24 Biopsia vaginale
- 71.11 Biopsia della vulva
- 71.19 Altre procedure diagnostiche sulla vulva

- 71.21 Aspirazione per cutanea della ghiandola del Bartolino
- 71.4 Interventi sul clitoride
- 71.5 Vulvectomy radicale
- 71.61 Vulvectomy monolaterale
- 71.62 Vulvectomy bilaterale
- 71.71 Sutura di lacerazione della vulva o del perineo
- 71.72 Riparazione di fistola della vulva o del perineo
- 71.79 Altra riparazione della vulva e del perineo
- 71.8 Altri interventi sulla vulva
- 71.9 Altri interventi sull'apparato genitale femminile

INTERVENTI OSTETRICI

- 75.31 Amnioscopia
- 75.34 Monitoraggio fetale, SAI

INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

- 80.34 Biopsia delle strutture articolari della mano e delle dita della mano
- 80.38 Biopsia delle strutture articolari del piede e delle dita del piede
- 81.91 Artrocentesi
- 81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
- 82.04 Incisione e drenaggio dello spazio palmare o tenare
- 82.09 Altra incisione dei tessuti molli della mano
- 83.29 Altre procedure diagnostiche su muscoli, tendini, fasce e borse, incluse quelle della mano
- 83.94 Aspirazione di borse
- 83.95 Aspirazione di altri tessuti molli
- 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
- 83.99 Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse

INTERVENTI SUI TEGUMENTI

- 85.11 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella
- 85.19 Altre procedure diagnostiche sulla mammella
- 85.91 Aspirazione della mammella
- 85.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
- 86.01 Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.02 Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute
- 86.04 Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
- 86.09 Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.11 Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- 86.19 Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo
- 86.23 Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- 86.24 Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs
- 86.25 Dermoabrasione quella con laser (o mezzo meccanico)
- 86.26 Legatura di appendice dermica
- 86.27 Curretage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale Rimozione di: necrosi massa di tessuto necrotico
- 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
- 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
- 86.59 Sutura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi
- 86.60 Innesto cutaneo libero, NAS
- 86.64 Trapianto di capelli
- 86.86 Onicoplastica
- 86.92 Elettrolisi e altra depilazione cutanea

MISCELLANEA DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

87.82 Isterosalpingografia con contrasto gassoso
87.83 Isterosalpingografia con contrasto opaco
95.12 Angiografia con fluorescina o angioscopia oculare
97.33 Rimozione cerchiaggio dentario - Ferula
97.51 Rimozione di tubo di gastrostomia
97.52 Rimozione di tubo dall'intestino tenue
97.53 Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice
97.54 Rimozione di tubo di colecistostomia
97.59 Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente
97.61 Rimozione di tubo da pielostomia e nefrostomia
97.62 Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale
97.63 Rimozione di tubo da 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

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI DEL DAY HOSPITAL

Il day-hospital deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

EQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi del day hospital, se non costituito in unità operativa autonoma, sono gli stessi del reparto di competenza. Quindi i requisiti sottoelencati sono relativi soltanto alle strutture che sono organizzate autonomamente per eseguire esclusivamente attività di day hospital.

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
1.	E' presente uno spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio	0
2.	E' presente uno spazio attesa	0
3.	E' presente un locale visita/trattamento non inferiore a 12 mq	5
4.	Ci sono ambienti dedicati alla degenza	0
5.	E' presente un locale lavoro infermieri	3
6.	E' presente una cucinetta	5
7.	E' presente un deposito pulito	3
8.	E' presente un deposito sporco	3
9.	E' presente un deposito attrezzature	3
10.	I servizi igienici sono distinti per gli utenti e per il personale	3
11.	I servizi igienici per gli utenti sono dotati almeno di vaso, lavabo e sono separati dal lavapadelle e vuotatoio	5
12.	E' presente un bagno per disabili	5
13.	Ogni ambiente non ospita più di 4 posti letto	5
14.	La camera di degenza è almeno delle seguenti dimensioni: <ul style="list-style-type: none"> • 9 mq per posto letto (camera singola) • 7 mq per posto letto (camera multipla) • 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla) Nota: Nella determinazione delle dimensioni non sono da considerare i servizi igienici	5

Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day hospital si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
15.	E' presente un impianto gas medicali	1
16.	E' presente, nelle camere di degenza, un impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa	3

17.	Sono presenti, nelle camere di degenza, gli utilities per attività alberghiera	3
18.	Sono presenti, nel locale visita trattamento, attrezzature idonee in base alle specifiche attività	1
19.	E' presente, nel locale visita trattamento, il lettino tecnico	1
20.	E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. Requisito

Tempo adeguamento
(in anni)

21.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	1
22.	Nell'arco delle ore di attività di day hospital è garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati	1
23.	Per ciascun paziente ricoverato in day hospital è compilata e continuamente aggiornata (ad ogni ricovero) la cartella clinica	1
24.	Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per: <ul style="list-style-type: none"> • la sanificazione degli ambienti • le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori 	1

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI DEL DAY SURGERY

I requisiti minimi strutturali, impiantistici ed organizzativi del day surgery, se non costituito in unità operativa autonoma, sono gli stessi del reparto di competenza e della sala operatoria. I presidi ospedalieri, che erogano attività in regime di *day surgery* che non dispongono al proprio interno di una unità operativa di anestesia e rianimazione con posti letto devono garantire la presenza di un anestesista/rianimatore almeno per le due ore successive all'intervento chirurgico, un servizio di guardia medica interna 24 ore su 24, la copertura in pronta disponibilità di un anestesista per le ore di non presenza in ospedale ed inoltre i collegamenti funzionali ed organizzativi definiti con una struttura di ricovero dotata di Dipartimento di emergenza di primo livello.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
1.	E' presente uno spazio attesa	0
2.	E' presente uno spazio registrazione/segreteria/archivio	1
3.	E' presente il filtro sala operatoria	5
4.	La sala operatoria ha una superficie minima di 20 mq	5
5.	E' presente una zona per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico	5
6.	E' presente una zona preparazione personale-addetto	1
7.	E' presente una zona preparazione paziente	1
8.	E' presente una zona risveglio	1
9.	E' presente un deposito materiali sterili e strumentario chirurgico	3
10.	E' presente un deposito attrezzature	3
11.	E' presente un locale visita	1
12.	Sono presenti camere degenza	0
13.	E' presente una cucinetta	3
14.	Sono presenti servizi igienici per i pazienti	1
15.	E' presente un bagno per disabili	5
16.	E' presente un deposito pulito	3
17.	E' presente un deposito sporco	3
18.	E' presente uno spogliatoio per il personale dotato di servizi igienici	3
19.	Durante l'orario di funzionamento, nei locali adibiti alle attività di day surgery, non si svolgono altre attività	5
20.	I farmaci ed il materiale necessario per il trattamento di eventuali complicanze sono disponibili ed utilizzabili immediatamente	0
21.	La sorveglianza del paziente nel postoperatorio (fino al ristabilimento delle funzioni vitali) è svolta nel settore operatorio o comunque nelle vicinanze di questo	1
22.	Qualora vengano eseguiti esami e/o trattamenti endoscopici, esiste una sala dedicata di superficie non inferiore a 20 mq comprensiva del locale per l'endoscopia e di uno spazio distinto per il lavaggio e la disinfezione degli strumenti	5
23.	L'area radiologica (se presente) garantisce lo spazio per lo svolgimento degli esami diagnostici e/o delle procedure interventistiche	1
24.	L'area radiologica (se presente) garantisce uno spazio distinto per il trattamento del materiale sensibile, uno per il deposito dello stesso, uno per il deposito dei mezzi di contrasto	5

25.	L'area radiologica (se presente) garantisce un'area distinta al paziente per spogliarsi	3
-----	---	---

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
26.	La sala operatoria è dotata di un impianto di climatizzazione ambientale che assicuri: <ul style="list-style-type: none"> • una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C • una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60% • un ricambio aria/ora (aria esterna senza circolo) di 15 v/h 	3
27.	La velocità dell'aria (in caso di flusso turbolento) è inferiore a 0,15 m/sec misurata a 15-30 cm dal filtro	3
28.	La sala operatoria è dotata di un tavolo operatorio	0
29.	La sala operatoria è dotata di un apparecchio per anestesia	0
30.	La sala operatoria è dotata di un elettrobisturi	1
31.	La sala operatoria è dotata di un aspiratore	0
32.	La sala operatoria è dotata di un lampada scialitica	0
33.	La sala operatoria è dotata di un diafanoscopio a parete	1
34.	La strumentazione è adeguata alla tipologia di interventi effettuata e confezionata in set monopaziente	0
35.	La sala operatoria è dotata di un defibrillatore con cardiomonitor e materiale per intubazione	0
36.	La sala operatoria è dotata di frigoriferi per la conservazione dei farmaci ed emoderivati	0
37.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di autoclave (a norma pr EN 13060 e sue evoluzioni in classe B o UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico	3
38.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di apparecchiature per il lavaggio e la disinfezione di alto livello delle strumentazioni termolabili	3
39.	La zona/locale sterilizzazione d'emergenza è dotata di vasca ad ultrasuoni e lavastrumenti 93°C/10 min	3
40.	La sala risveglio è dotata di un gruppo per ossigeno terapia	3
41.	La sala risveglio è dotata di un sistema di monitoraggio comprendente ECG, pressione arteriosa non invasiva, saturimetro	3
42.	Il locale preparazione chirurghi è dotato di un lavello con comando non manuale	3
43.	Nelle camere di degenza è presente un impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa	3
44.	Nelle camere di degenza sono presenti gli utilities per attività alberghiera	3
45.	Nel locale visita trattamento sono presenti attrezzature idonee in base alle specifiche attività	3
46.	Nel locale visita trattamento è presente il lettino tecnico	3
47.	E' presente un impianto gas medicali	1
48.	E' presente un impianto chiamata sanitari	3
49.	L'aspirazione gas medicali è direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia	3
50.	Sono presenti stazioni di riduzione delle pressioni dei gas anestetici per la sala operatoria	3
51.	Le stazioni di riduzione delle pressioni sono doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità	3
52.	Esiste un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o guasti all'impianto	3
53.	E' presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità	1

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	Requisito	Tempo adeguamento (in anni)
54.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	1
55.	Nell'arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, un medico specialista in anestesia/rianimazione e una figura infermieristica, anche non dedicati	1

56.	Nel caso di prestazioni di radiologia interventistica è garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica	1
57.	Esistono e vengono seguiti protocolli dettagliati (secondo linee guida aggiornate e basate sui risultati della ricerca scientifica) per: <ul style="list-style-type: none"> ● la sanificazione degli ambienti ● le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori 	0
58.	Le strutture che effettuano attività di day surgery hanno a disposizione un servizio di sterilizzazione interno o appaltato rispondente ai requisiti strutturali, tecnologico-impiantistici ed organizzativi di cui al capitolo 6.13	1
59.	Sono previste procedure specifiche in caso di malfunzionamento degli impianti di gas medicali e del sistema di aspirazione	1
60.	Esiste documentazione che vengono eseguiti controlli annuali sulle autoclavi come indicato dalla norma UNI EN 554 per la qualifica fisica e microbiologica	1