



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 51/22 del 16.10.2018

LINEE D'INDIRIZZO SUI REQUISITI AUTORIZZATIVI SPECIFICI PER L'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

PREMESSA

L'innovazione tecnologica e scientifica e la continua ricerca di una maggiore efficienza nell'impiego delle risorse, per garantire l'applicazione di buone pratiche e il raggiungimento di esiti chirurgici di qualità, sono alla base di un processo di diversificazione dell'offerta chirurgica.

Nell'ambito della riprogrammazione dell'area ospedaliera assume rilievo l'obiettivo di raggiungere standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nell'assistenza al paziente chirurgico, garantendo la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse (D.M. 02.04.2015 n. 70), con un'implementazione di "setting" assistenziali alternativi al ricovero che rispondano efficacemente ai bisogni di salute e con l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali in grado di produrre efficacia e sicurezza.

In particolare l'obiettivo di ridurre le complicanze, la riduzione della durata del ricovero e l'aumento del grado di soddisfazione del paziente sono alla base di un processo di rimodulazione di modelli organizzativi che si sviluppano in un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario che includono interventi chirurgici e procedure diagnostiche/terapeutiche invasive e semi-invasive.

Tali modelli organizzativi, alternativi al ricovero ospedaliero, ampliano la gamma di offerta chirurgica e garantiscono forme di appropriatezza organizzativa in termini di possibilità di meglio assistere il paziente chirurgico nel "posto giusto" in relazione ai reali bisogni di salute, massimizzando le probabilità di produrre effetti favorevoli (efficacia) e minimizzando quelli avversi (sicurezza) e riducendo gli sprechi conseguenti al sovra o sotto utilizzo di interventi chirurgici.

In ambito regionale sono state promosse linee strategiche per generare nuove modalità di assistenza chirurgica centrate sull'appropriatezza clinica e organizzativa e sulle evidenze scientifiche.

Ricovero in regime ordinario

- Ricovero ordinario (≥ di 2 notti) inclusa la modalità week surgery.
La Week Surgery è la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di eseguire interventi chirurgici per i quali si rende opportuna un'osservazione postoperatoria superiore alle ventiquattro ore che, di norma, non si prolunga oltre le settantadue ore, in regime di ricovero ordinario in strutture funzionanti in maniera continuativa dal lunedì al venerdì.
- Ricovero ordinario "0-1 Giorno" (One Day Surgery): interventi chirurgici o procedure invasive e semi-invasive che prevedono un solo pernottamento (Circolare del 23.10.2008 approvata dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, recante "Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della SDO")

Day Surgery

Regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario che garantisce identiche condizioni di sicurezza per il cittadino e minor disagio connesso all'intervento chirurgico. Consente di effettuare, con opportune modalità cliniche, organizzative e amministrative, interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero, limitato alle sole ore del giorno (inferiore alle 12 h), in anestesia locale, locoregionale o generale (Accordo Conferenza Stato-Regioni del 01.08.2002, art 1 e 2).

Day Service

È dedicato all'espletamento di attività cliniche ambulatoriali, di tipo diagnostico o terapeutico, rivolte a pazienti complessi per i quali sono necessarie prestazioni multidisciplinari in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, secondo percorsi predefiniti e concordati. Si avvale della tipologia di ambulatorio necessaria per il problema presentato dal paziente.

Chirurgia ambulatoriale

Possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale.

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in Day Surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico, assistenziale e organizzativo. Contestualmente è emersa l'esigenza di garantire per questa tipologia di trattamenti criteri uniformi e omogenei di sicurezza e qualità, sia a livello nazionale sia in ambito regionale.

Nel D.M. 02.04.2015 n. 70 viene data facoltà alle regioni di classificare le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in conformità a:

- Complessità tecnica/invasività delle prestazioni,
- Tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,
- Possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,
- Gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

Alle regioni, nel menzionato Decreto, viene affidato il compito di disciplinare, differenziando per complessità e standard relativi a requisiti strutturali, tecnologici impiantistici e organizzativi.

D'altronde già in precedenza nel **Patto per la Salute 2010-12** (*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012*) (Repertorio n. 243/CSR G.U. Serie Generale, n. 3 del 05 gennaio 2010), nell'allegato A, venivano definite una serie di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di Day Surgery e trasferibili in regime ambulatoriale

Nel **Patto per la Salute 2014-2016** (*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*) (Rep. N. 82 CSR del 10.07.2014), finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema, si conferma che le Regioni e le Province autonome "assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale."

La Regione Sardegna promuove un nuovo modello di chirurgia ambulatoriale riconducibile a due tipologie di attività, caratterizzate da diversa complessità e da diversi standard di sicurezza:

- **chirurgia ambulatoriale semplice**
- **chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata.**

Per entrambe vengono definiti diversi standard organizzativi, strutturali, tecnologici e impiantistici ai quali possono essere ricondotti i diversi livelli di complessità delle prestazioni chirurgiche.

La chirurgia ambulatoriale si inserisce in un modello organizzativo in cui si prevede la netta distinzione dei percorsi di cura programmata (cosiddetta “elezione”), rispetto all’accesso in regime di emergenza – urgenza o, comunque, al paziente che presenta un’instabilità clinica di base e/o una più elevata complessità delle cure necessarie. Le strutture di chirurgia ambulatoriale possono essere sia intra che extra ospedaliera.

I pazienti da avviare a tali regimi assistenziali devono essere opportunamente selezionati sulla base delle condizioni generali, di fattori logistici e familiari e devono essere preventivamente informati sul tipo d’intervento e di percorso al quale sono sottoposti, sottoscrivendo un “consenso informato” personalizzato. La scelta è di pertinenza del chirurgo che, considerate le esigenze del paziente, valuterà caso per caso l’indicazione migliore in funzione delle ultime linee guida.

I setting clinico-assistenziali in regime di ambulatorio chirurgico di base e avanzato sono condizionati da:

- modalità di esecuzione della procedura chirurgica;
- modalità di gestione e controllo della pratica anestesologica;
- complessità organizzativa e professionale e intensità di cure.

L’individuazione del **setting assistenziale** più appropriato rispetto all’ appropriatezza e sicurezza del paziente (Chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, Week Surgery,) si basa, inoltre, sul tempo di osservazione postoperatoria conseguente a due elementi:

- Tipologia delle possibili eventuali complicanze;
- Tempo d’insorgenza delle possibili complicanze dal momento dell’atto chirurgico (*Time from Surgery*).

Questo modello organizzativo in ambito regionale è coerente con le esigenze di:

- Innovazione tecnologica;
- Sviluppi della chirurgia mini-invasiva;
- Applicare la filosofia ERAS (*Enhanced Recovery after Surgery Guideline – Linee Guida per il miglior recupero dopo intervento chirurgico*);
- Favorire l’appropriatezza clinica e organizzativa;
- Ottimizzare il percorso chirurgico;
- Ridurre i disagi del paziente;
- Ottimizzazione delle risorse strutturali umane e finanziarie;
- Promuovere l’integrazione tra ospedale e territorio tramite il modello Hub&Spoke;
- Ridurre le liste d’attesa;

REQUISITI SPECIFICI DI AUTORIZZAZIONE AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

Per ambulatorio chirurgico s’intende la struttura intra o extra-ospedaliera nella quale sono eseguiti interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche o terapeutiche invasive o semi-invasive, nelle situazioni che non richiedono ricovero ordinario o a ciclo diurno; tali procedure possono essere eseguite in anestesia locale o loco-regionale e non necessitano di un’osservazione post-operatoria prolungata.

La semplificazione di molte procedure ha permesso che le stesse si possano svolgere in ambienti diversi dalle sale operatorie degli ospedali per acuti, senza compromettere la sicurezza del paziente e l'accuratezza delle stesse. D'altronde occorre rendere ulteriormente disponibili i blocchi operatori per l'attività chirurgica più complessa.

Si possono identificare due tipologie di ambulatori chirurgici: ambulatorio chirurgico (o ambulatorio chirurgico di base) e ambulatorio chirurgico avanzato.

Nell'ambulatorio chirurgico di base, che presenta i requisiti minimi autorizzativi approvati con D.G.R. 47/42 del 30.12.2010 e sue modifiche e integrazioni, si potranno effettuare le prestazioni di "chirurgia ambulatoriale semplice", procedure chirurgiche programmate che per la loro modesta complessità possono essere effettuate in regime ambulatoriale e che non necessitano, in linea di massima, di esami di laboratorio o strumentali né dell'assistenza dell'anestesista.

Si possono perciò eseguire procedure che richiedono un campo operatorio asettico e l'uso di strumenti o forniture sterili che non richiedono speciali apparecchiature di ventilazione o pulizia.

L'anestesia utilizzata è quella locale, con o senza minima sedazione.

L'ambulatorio chirurgico avanzato è un insieme di ambienti destinati all'esecuzione di procedure invasive ovvero di chirurgia ambulatoriale complessa e programmata che comportano una trascurabile probabilità di complicanze e che vengono eseguiti in pazienti accuratamente selezionati. Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si fa riferimento all'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. I possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale sono i pazienti delle classi ASA 1 e ASA 2.

Tale chirurgia si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che, pur non richiedendo il ricovero, possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto dello specialista in anestesia. In questa tipologia di ambulatorio vengono effettuati in anestesia generale unicamente interventi chirurgici che comportino all'utente un recupero dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post intervento.

Tali procedure possono penetrare nelle superfici protettive del corpo del paziente (ad esempio, pelle o mucose), vengono eseguite in un campo chirurgico asettico e possono richiedere l'ingresso in una cavità del corpo, eventualmente con l'inserimento di corpi estranei. Tali procedure, devono essere eseguite in un ambiente adeguato alle esigenze tecniche della procedura in considerazione della sicurezza del paziente e della prevenzione delle infezioni e dei rischi, compresi quelli derivanti dall'anestesia.

Nel definire questi principi si è tenuto conto come il maggior rischio legato alla chirurgia ambulatoriale sia di tipo anestesilogico e che tale rischio è direttamente collegato alla durata della procedura oltre che alle condizioni del paziente. Pertanto, in tutte le procedure indicate, dovrà comunque essere valutato anche il numero, il livello di patologie presenti e quindi la durata della procedura. Il secondo fattore di pericolo è identificato nelle emorragie post operatorie il cui rischio dovrà essere statisticamente trascurabile.

Le prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico avanzato sono, oltre a quelle eseguibili in ambulatorio chirurgico di base, anche le prestazioni indicate con la lettera H nel nomenclatore tariffario regionale vigente.

Si sottolinea come l'elenco di tali prestazioni sia in divenire per le modifiche definite sia a livello nazionale che regionale. Conseguentemente, possono essere erogate le prestazioni contenute nel Nomenclatore Regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.G.R. 19/6 del 28.04.2008 e successive integrazioni e modificazioni) e successivamente al recepimento, le prestazioni elencate nel Nomenclatore Nazionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.P.C.M. del 12.01.2017, Capo VI - Allegato 4) contrassegnate dalla lettera "H" e "HR".

Si richiama inoltre, l'allegato 6B del D.P.C.M. del 12.01.2017, nel quale sono riportate le prestazioni ad alto rischio di inappropriately in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale, elencate nella pagina di seguito.

Tutte le procedure chirurgiche dovranno in ogni modo rispettare i principi generali clinici e procedurali che identificano i criteri di eleggibilità illustrati in dettaglio nella scheda.

ALLEGATO 6 B		
		Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita pre intervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fahico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
H R	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

L'intervento chirurgico determina un identificabile grado di rischio e, pertanto, la relativa pianificazione deve essere molto accurata. La valutazione del paziente fornisce le basi per decidere la procedura chirurgica più appropriata. In particolare questa fornisce le informazioni necessarie per:

- Selezionare la procedura idonea e i tempi ottimali;
- Eseguire le procedure in sicurezza;
- Interpretare i risultati del monitoraggio del paziente.

La selezione della procedura dipende dall'anamnesi, dalle condizioni fisiche e dai dati diagnostici, nonché dalla valutazione dei rischi e dei benefici della procedura per il singolo paziente. La selezione della procedura chirurgica prende in considerazione le informazioni rilevabili dalla valutazione di ricovero, dai test diagnostici e da altre fonti disponibili.

Gli standard relativi all'anestesia e alla chirurgia sono applicabili in qualunque contesto si faccia uso di anestesia e/o sedazione moderata o profonda e dove si eseguono procedure chirurgiche e/o invasive per le quali sono richieste il consenso del paziente, ivi comprese le sale operatorie, le unità di day surgery o day hospital, l'ambulatorio di odontoiatria e gli altri servizi ambulatoriali, i servizi di emergenza (pronto soccorso), le unità di terapia intensiva.

La responsabilità dell'inclusione del paziente nella lista d'intervento è del medico chirurgo operatore e dell'anestesista per le parti di competenza.

Il medico operatore e/o l'anestesista formuleranno il giudizio sull'opportunità di candidare un paziente alle procedure in chirurgia ambulatoriale avanzata, sulla base di criteri clinici, caratteristiche procedurali dell'intervento (ad es. intensità e durata monitoraggio post procedurale), possibile rischio complicanze. Inoltre non si prescinde, nella valutazione dell'eleggibilità, dai **criteri socio-familiari** quali: distanza abitazione/ambulatorio chirurgico avanzato non superiore ai 60 minuti di trasporto su "gomma", distanza domicilio-struttura ospedaliera non superiore ai 60 minuti di trasporto "su gomma", disponibilità di supporto (accompagnatore/tutor) nelle prime 24 ore.

**CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI
NELL'AMBITO DELL'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO**

CRITERIO	Valore di riferimento
Durata anestesia o sedazione ¹	Max 60 minuti
Rischio di sanguinamento post operatorio ²	Irrilevante se il rischio è < 1%
ASA Score	I /II
Tempo di risveglio	Max 15 minuti
Recupero post operatorio autonomia motoria e vigilanza	Max 120 minuti

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ SOCIO-AMBIENTALI PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI NELL'AMBITO DELL'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO

CRITERIO	Valore di riferimento
Distanza ambulatorio chirurgico avanzato - abitazione	60 minuti di viaggio su gomma
Distanza abitazione – sede HUB rete chirurgica	60 minuti di viaggio su gomma
Disponibilità di supporto	Presenza accompagnatore/tutor nelle prime 24 ore

¹ TEMPO DI ANESTESIA S'intende come tempo di anestesia o sedazione profonda il tempo intercorrente tra l'inizio della fase di induzione (compresa tra l'inizio della somministrazione degli anestetici e la perdita di coscienza) e la fase di risveglio quando viene sospesa la somministrazione dei farmaci anestetici.

² RISCHIO DI SANGUINAMENTO POSTOPERATORIO

Tale valutazione comprende tipologia dell'intervento ed elementi anamnestici ed indagini di laboratorio che potrebbero identificare i pazienti a rischio di complicanze emorragiche, consentendo adeguati provvedimenti per ridurle.

CLASSIFICAZIONE ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

Classe	Condizioni del paziente
ASA I	Paziente sano
ASA II	Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale; bronchite cronica; obesità moderata; diabete ben controllato; ipertensione moderata.
ASA III	Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato; angina pectoris ben controllata dalla terapia; diabete insulinodipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata.
ASA IV	Presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza; insufficienza cardiaca severa; angina pectoris "instabile" poco sensibile al trattamento; insufficienza respiratoria; insufficienza renale, epatica od endocrina di grado avanzato
E	Ogni intervento chirurgico non dilazionabile; La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (ASC)

Gli standard relativi all'anestesia e alla chirurgia devono essere applicabili in qualunque contesto, quando si fa uso di anestesia generale o locoregionale e/o di sedazione moderata o profonda e dove si eseguono procedure chirurgiche semi-invasive e/o invasive per le quali sono richieste il consenso del paziente: sono pertanto comprese le sale operatorie, le unità di day surgery o day hospital, l'ambulatorio di odontoiatria. (Manuale degli standard di Joint Commission International per l'accreditamento all'eccellenza" 2011)

Anche le procedure ambulatoriali quindi richiedono una valutazione completa ed esaustiva del paziente, la pianificazione integrata tra chirurgo ed anestesista delle cure e dell'assistenza, il monitoraggio continuo del paziente sulla base di criteri prestabiliti ai fini del proseguimento delle cure, della riabilitazione e dell'eventuale trasferimento e dimissione ospedaliera.

SEDAZIONE E ANESTESIA

L'anestesia e la sedazione sono comunemente considerati come un continuum che va dalla sedazione minima all'anestesia generale in caso di somministrazione sistemica di anestetici ed analgesici.

In caso di somministrazione di anestetici locali a vari livelli di interferenza con la conduzione nervosa dello stimolo doloroso si parla invece di anestesia periferica, che va dall'anestesia locale alla locoregionale (blocchi plessici) ed alla neuroassiale (spinale o peridurale)

La sedazione minima (Ansiolisi) è uno stato farmaco-indotto durante il quale i pazienti rispondono normalmente ai comandi verbali. Sebbene la funzione cognitiva e la coordinazione fisica possano risultare compromesse, i riflessi delle vie aeree, le funzioni ventilatorie e cardiovascolari rimangono inalterate.

La sedazione Moderata/Analgesia (“Sedazione Cosciente”) è una depressione della coscienza farmaco-indotta durante la quale i pazienti rispondono intenzionalmente a comandi verbali che siano isolati o accompagnati da una lieve stimolazione tattile. Non sono richiesti interventi per mantenere la pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea è adeguata. La funzione cardiovascolare è generalmente conservata.

La sedazione profonda può richiedere un intervento di supporto respiratorio sia per garantire la pervietà delle vie aeree (caduta della lingua), sia per assistere la funzione respiratoria che può essere deficitaria (riduzione del volume corrente, ipercapnia, ipossia lieve) e necessita di un monitoraggio dei parametri emodinamici e di saturazione dell'O₂

L'anestesia generale è una condizione, indotta mediante somministrazione endovenosa di farmaci o di agenti anestetici per via inalatoria ed è definita da:

- a. perdita di coscienza;
- b. Minima risposta autonoma agli stimoli chirurgici;
- c. Amnesia post operatoria
- d. Reversibilità del processo.
- e. Assenza di risposta motoria agli stimoli chirurgici;

La capacità di mantenere una funzione respiratoria autonoma è spesso limitata o assente per cui il paziente ha spesso bisogno di un supporto per mantenere la pervietà delle vie aeree e può essere necessaria una ventilazione meccanica di supporto a seguito in seguito alla ridotta ventilazione spontanea o della diminuita funzione neuromuscolare farmacologicamente indotta. La funzione cardiovascolare può subire delle variazioni importanti per cui è necessario un monitoraggio continuo non invasivo.

I quattro livelli di sedazione e anestesia sono definiti nella tabella

**CONTINUUM DELLA PROFONDITÀ DI SEDAZIONE:
DEFINIZIONE DELL'ANESTESIA GENERALE E LIVELLI DI SEDAZIONE/ANALGESIA
(ASA HOUSE OF DELEGATES 1999; ULTIMA REVISIONE 2014)**

	Sedazione Minima (Ansiolisi)	Sedazione Moderata/Analgesia (Sedazione Cosciente)	Sedazione Profonda/Analgesia	Anestesia Generale
Reattività	Normale risposta alla stimolazione verbale	Reazione mirata* alla stimolazione verbale o tattile	Reazione mirata* a seguito di stimolazione ripetuta o dolorosa	Non stimolabile, neanche con stimoli dolorosi
Vie respiratorie	Inalterate	Nessun intervento necessario	Potrebbe essere richiesto intervento	Intervento spesso necessario
Ventilazione Spontanea	Inalterata	Adeguata	Potrebbe essere inadeguata	Frequentemente inadeguata
Funzione Cardiovascolare	Inalterata	Solitamente mantenuta	Solitamente mantenuta	Potrebbe essere compromessa

***il riflesso di retrazione in seguito a stimolazione dolorosa NON è considerato una risposta mirata.**

Per quanto riguarda l'anestesia periferica, questa è via via più impegnativa al passare dalla semplice anestesia locale per infiltrazione della zona dell'intervento (possibili complicanze legate alla tossicità degli anestetici locali sul sistema cardiovascolare se iniettati in dosi eccessive), al blocco periferico plessico (complicanze legate oltre che alla dose di anestetico anche alla sede del blocco (ad es. blocco brachiale alto porta anche un blocco del nervo frenico omolaterale con diminuzione della funzionalità dell'emidiaframma), al blocco neuroassiale con un impegno emodinamico notevole per un blocco simpatico centrale e un blocco motorio più o meno marcato e diffuso in base alla dose ed al livello di anestesia.

In tutte le metodiche è utile una premedicazione.

FASE DI RECUPERO

Questa fase è importante ai fini della ripresa di tutte le funzioni con le quali i vari tipi di anestesia hanno interferito. Il termine "recupero" comprende il ripristino della stabilità dei parametri vitali, dello stato di coscienza, dell'attività motoria, della sensibilità, ecc. e deve quindi essere convenientemente esteso anche al controllo postoperatorio specie per gli interventi condotti con tecniche loco-regionali.

Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato sulla base di criteri prestabiliti dagli standard indicati nelle linee guida ASC (Assistenza Anestesiologica e Chirurgica; punto 6.) e qui di seguito riportati:

1. Il monitoraggio del paziente durante la fase di risveglio post anestesia/sedazione è appropriato al suo stato fisico generale.
2. I risultati del monitoraggio sono registrati.

3. L'ora di arrivo e l'ora di dimissione dall'area di risveglio postoperatorio sono registrate.

Una pratica molto più sicura per il paziente consiste nell'avere a disposizione un ambiente nel quale un infermiere specializzato può monitorare in maniera continua i parametri vitali, sanguinamento, dolore o altra successiva complicanza.

Tale tempo di osservazione consiste usualmente da un minimo di 30 minuti a due ore nel corso della quale i parametri sono rilevati ogni 5 minuti.

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

Alla dimissione devono essere presenti le seguenti condizioni essenziali:

Segni vitali stabili almeno un'ora prima di uscire;
Assenza di depressione respiratoria;
Essere in grado di bere, urinare e vestirsi da solo;
Deambulare senza aiuto
Assenza di vomito, nausea, cefalea e dolore.

Soddisfatte queste condizioni dopo la dimissione da parte dell'anestesista, il paziente può uscire, sempre accompagnato da un adulto.

PROCEDURA DI DIMISSIONE

La procedura di dimissione dovrà prevedere la consegna al paziente di una nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire a domicilio; la descrizione dei sintomi che potrebbero insorgere nelle ore successive compatibili con un normale decorso post-operatorio; le relative prescrizioni terapeutiche (le eventuali prescrizioni farmaceutiche relative al successivo post-operatorio seguiranno le regole della prescrizione farmaceutica per i pazienti in cura presso gli specialisti. I farmaci prescritti dovranno essere reperibili presso le farmacie territoriali) e le modalità di utilizzo dei farmaci che gli verranno consegnate per la gestione del primo periodo.

PARAMETRI DIMISSIBILITÀ

I parametri di valutazione secondo P.A.D.S.S. (Post Anesthesia Discharge Scoring System), sono riportati nella tabella seguente:

		Dopo	4h	6h
Segni vitali	Modificazioni 20% pre-operatorio		2	2
(Fr. Car. e Resp. P.A.)	Modificazioni tra il 20/40%		1	1
	Modificazioni oltre il 40%		0	0
Deambulazione	Sicura		2	2
	Incerta		1	1
	Difficile/impossibile		0	0
Nausea Vomito	Assente		2	2
	Moderata		1	1
	Severa		0	0
Dolore	Minimo		2	2
	Moderato		1	1
	Severo		0	0
Sanguinamento	Minimo		2	2
	Moderato		1	1
	Severo		0	0
Minzione	Normale		2	2
	Difficoltosa		1	1
	Ritenzione		0	0

Il Paziente con punteggio \geq di 11 è dimissibile.

LA RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA NELL'AMBULATORIO CHIRURGICO AVANZATO.

Il responsabile del percorso della chirurgia ambulatoriale assume la responsabilità organizzativa e gestionale del percorso integrato: identifica i protocolli e le procedure, elabora il regolamento interno, cura la predisposizione della documentazione clinica, cura la realizzazione di modalità organizzative che soddisfino le esigenze di trasparenza, informazione e tutela dei diritti degli utenti; emana direttive finalizzate all'impiego delle risorse secondo criteri di efficacia e di efficienza, verificandone l'attuazione; monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi e l'efficienza dell'uso delle risorse, adottando le necessarie azioni correttive; cura i collegamenti con i Servizi e i Medici di Medicina Generale; è responsabile del sistema qualità e della gestione del rischio clinico, promuove e verifica l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione degli obiettivi affidati, favorendo il lavoro di squadra e l'integrazione tra le professionalità; monitorizza gli indicatori di performance.

Normativa e di riferimento

- D.P.C.M. 27.06.1986 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private."
- D.P.R. 14.01.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private."
- D.Lgs 30.12.1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."
- D.M. 18.09.2002 "Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private."
- D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali."
- Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012*) (Rep. n. 243/CSR in G.U. Serie Generale, n. 3 del 05 gennaio 2010)
- D.G.R. 47/42 del 30.12.2010 "Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Revisione ed integrazione dei requisiti minimi generali e specifici per l'autorizzazione per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private con conseguente attribuzione delle competenze autorizzative agli Enti preposti. Modifica e integrazione della Delib.G.R. n. 34/26 del 18.10.2010."
- D.M. 02.04.2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."
- Patto per la Salute 2014-2016 (*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*) (Rep. N. 82 CSR del 10.07.2014).
- D.G.R. n. 40/27 del 07.08.2015 "Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia". Sicurezza del Paziente Chirurgico di sala operatoria (SISPaC) Regione Sardegna
- D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.", Capo VI - Allegato 4) - Nomenclatore dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale.
- D.P.R. 27/04/1955, n. 547 "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro".
- D.P.R. 19/03/1956, n. 303 "Norme generali per l'igiene del lavoro."
- D.Lgs. 19/09/1994, n. 626 "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro."

Bibliografia

- Classificazione Rischio Anestesiologico redatta dalla Società Americana di Anestesiologia (ASA - American Society of Anesthesiologists).
- "Raccomandazioni per l'anestesia nel Day Hospital" (Notiziario S.I.A.A.R.T.I. anno 1995, fascicolo 3).
- (SIAARTI - SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA), requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per le sale operatorie.
- ISPEL - Linee Guida per la definizione degli standard di sicurezza e di Igiene ambientale dei reparti operatori - 2009.
- Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: "Guide Lines for completing the perioperative anesthesia record".
- Gruppo di Studio SIAARTI per la sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: "Raccomandazioni per la sorveglianza post-anestesiologica".
- Documento 4 aprile 2000 della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

- Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi. G.U. n. 103 del 05-05-2000.
- Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente - Joint Commission International, Assistenza Anestesiologica e Chirurgica(ASC) 2009.
- Progetto per il servizio triennale di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e di trasferimento del know- how alle Aziende Sanitarie Locali - Manuale degli standard di Joint Commission International per l'”accreditamento all'eccellenza” 2011.
- Calderini E, Vailati D, Collini R. Sedazione e anestesia fuori della SO: update tra organizzazione, sicurezza e alta specializzazione fuori dei blocchi operatori. Raccomandazioni per l'esecuzione dell'anestesia e della sedazione al di fuori dei blocchi operatori Minerva Anestesiol 71 (Suppl 1 al n.10): 607-10; 2005.
- Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia Standard per il monitoraggio in anestesia (edizione 2012)
- Valutazione preoperatoria e preparazione del paziente, Pubblicato dall'associazione di anestesisti di Gran Bretagna e Irlanda, Gennaio 2010.
- La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo, Elio Guzzanti, Isabella Mastrobuono, 30 agosto 2006.
- Percorso Clinico della Piccola Chirurgia Ambulatoriale, della Chirurgia Ambulatoriale/APA e della Day Surgery” Azienda Unita' Sanitaria Locale Frosinone.