

**Requisiti specifici per l'accreditamento
delle Strutture di Chirurgia Generale**

Premessa

L'unità Operativa di Chirurgia Generale si occupa della diagnosi e cura della patologia chirurgica programmata e d'urgenza con particolare impegno per la patologia neoplastica, e vede tra le attività in espansione la chirurgia mininvasiva (laparoscopica).

L'U.O. è impegnata nel sempre maggior coinvolgimento all'interno dell'azienda in gruppi di lavoro multidisciplinari, con presenza di chirurghi di altre branche specialistiche, per la messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici sempre più rispondenti ai principi dell'efficacia, appropriatezza, efficienza, e l'introduzione di criteri di appropriatezza e di priorità clinica nella gestione delle liste d'attesa.

ATTIVITÀ DI CHIRURGIA GENERALE

Nell'ambito della struttura di Chirurgia Generale si individuano i seguenti contesti:

- Area di degenza
- Blocco operatorio
- Ambulatorio chirurgico
- Ambulatorio per interventi di chirurgia ambulatoriale
- Day Surgery

Area di degenza

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza, il reparto di degenza di una Chirurgia Generale deve disporre di:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Il locale per visita e medicazioni deve essere adeguato al numero di posti letto, alla logistica e all'organizzazione dell'area di degenza.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Per ogni unità operativa di chirurgia generale che risponde all'urgenza esterna, deve essere assicurata la presenza di guardia attiva di area chirurgica.

Per le unità operative di chirurgia generale che non rispondono all'urgenza esterna deve essere assicurata la presenza del medico di area chirurgica tramite pronta disponibilità.

Devono essere utilizzati protocolli per la gestione del dolore post-operatorio.

Gli esami diagnostici devono essere prescritti sulla base delle necessità cliniche del paziente e sulla base di linea guida e/o protocolli localmente adottati.

Blocco Operatorio

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il blocco operatorio, la sala operatoria di una Chirurgia Generale deve disporre di:

A) REQUISITI TECNOLOGICI

Sala Operatoria	Note
Tavolo operatorio dotato delle possibilità di garantire: - rapide modificazioni dell'inclinazione - adeguato rivestimento - possibilità di impiego di presidi antidecubito in polimero viscoelastico	
Possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi	
Apparecchiature per il monitoraggio: -misuratore pressione arteriosa incruenta -ECG con frequenzimetro -saturimetro -capnometro	
Pompa da infusione parenterale con funzionamento elettronico in numero adeguato	
Blocco Operatorio	
Amplificatori di brillantezza	in relazione alla tipologia di intervento
Sistema di raffreddamento e riscaldamento per il paziente	in caso di chirurgia maggiore o pediatrica
Emogasanalizzatore	deve essere disponibile la prestazione
Apparecchiatura per recupero sangue	disponibile per attività di chirurgia d'urgenza; solo per chirurgia specialistica secondo la tipologia di intervento
Misuratore di pressione cruenta	per pazienti urgenti e/o complessi e per interventi di chirurgia maggiore
Misuratore di temperatura	disponibile
Lampada satellite o portatile	disponibile
Dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare	disponibile
Stazione anestesiológica di riserva	
Zona/locale risveglio	
Sistema portatile per il monitoraggio ECG, saturimetria e pressione	in caso di chirurgia maggiore o pediatrica

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Sala operatoria

Per interventi in anestesia generale e loco regionale (spinale, peridurale) deve essere garantito un medico anestesista.

L'équipe chirurgica deve essere correlata alla tipologia di intervento. Deve essere previsto almeno un IP.

Deve essere prevista la stessa dotazione minima di personale per le strutture che devono garantire attività chirurgica in urgenza.

Deve essere garantita la procedura per l'esatta identificazione del paziente in sala operatoria.

Deve essere presente una lista operatoria giornaliera, settimanale, dell'attività programmata, che tenga conto della prioritarizzazione dei casi in lista di attesa.

Devono esistere procedure per verificare la corrispondenza dell'anestesia e dell'intervento effettuati rispetto a quanto concordato con il paziente al momento della raccolta dei consensi informati.

Blocco operatorio

Occorre, ai fini della sicurezza, che sia prevista una procedura per garantire la presenza, in caso di necessità, di un altro anestesista.

Deve essere disponibile personale ausiliario.

Deve esistere un programma di verifica dei risultati e miglioramento della qualità dell'assistenza fornita sia medica che infermieristica.

Devono esistere procedure analitiche dell'attività chirurgica che consentano di valutare:

- numero e tipologia degli interventi;
- durata dell'intervento chirurgico (tempo chirurgico, tempo anestesilogico, occupazione della sala operatoria);
- consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo;

La raccolta e l'elaborazione di questi dati devono essere informatizzate.

Ambulatorio chirurgico

Nell'ambulatorio chirurgico, oltre ad attività di visite specialistiche, medicazioni ecc., può essere effettuata attività di chirurgia ambulatoriale consistente in procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione post-operatoria prolungata in anestesia locale o loco-regionale (blocco periferico).

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Per l'ambulatorio per interventi chirurgici valgono i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti controlli all'interno dell'organizzazione per garantire le caratteristiche quali-quantitative dichiarate dal servizio.

Devono essere previste procedure per:

- prenotazione delle prestazioni
- gestione delle liste d'attesa che differenzi, se necessario, pazienti in follow-up, nuovi accessi e richieste di prestazioni estemporanee
- gestione delle richieste urgenti
- registrazione degli utenti e delle prestazioni (richieste, esecuzioni, referto)
- gestione di materiali, farmaci, dispositivi medici, presidi soggetti a scadenza
- il percorso del malato che deve tenere conto dell'applicazione delle Linee Guida, con particolare riferimento alla linea guida prodotta dall'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, sull'utilizzo appropriato degli esami preoperatori
- percorsi facilitati per l'accesso alla visita anestesiologicala e ai servizi che forniscono prestazioni di supporto (es.: laboratorio e radiologia).

Oltre ai precedenti requisiti organizzativi, se vengono effettuati interventi ambulatoriali, devono essere previsti:

- un medico e un infermiere responsabili del processo organizzativo;
- una visita preoperatoria per stabilire:
 - selezione all'intervento ambulatoriale,
 - definizione della necessità di esami,
 - informazione sulle modalità e il decorso dell'intervento,

-raccolta del consenso informato all'anestesia e all'intervento;

- un registro dove si riportino: cognome e nome, diagnosi, tipo di intervento, data ed ora di esecuzione, nome del o degli operatori;
- relazione al medico curante;
- deve essere identificato l'ambiente in cui si effettuano gli interventi ed una procedura per documentare il processo assistenziale: ammissione, selezione dei pazienti, raccolta del consenso informato, congedo del paziente e l'eventuale refertazione anatomicopatologica;
- procedure di controllo del processo di sterilizzazione validate dalla Direzione Sanitaria ed organizzate in linee guida e protocolli, conformi alle leggi in materia nonché alla direttive regionali e/o aziendali;
- una procedura per valutare la qualità degli interventi (es.: quanti pazienti devono essere rioperati immediatamente con supporto o meno di un eventuale ricovero).

Day Surgery

Con il termine di 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 di giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

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

- *unità autonoma di day-surgery* dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi ed altri eventuali servizi indipendenti; tale unità ha propri locali, mezzi e personale, ed è quindi autonoma dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale;
- *unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare*: esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie e locali dedicati;
- *posti letto dedicati* all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. I pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.

Oltre ai requisiti strutturali generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'attività di Day Surgery, indipendentemente dal suo modello organizzativo devono essere posseduti i seguenti requisiti:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Sala operatoria

Devono essere posseduti gli stessi requisiti già indicati alla voce blocco operatorio.

Degenza

- Devono essere identificati letti e/o poltrone rispetto ai posti letto di ricovero ordinario.
- Deve essere intesa come ambiente di riposo post operatorio, deve poter permettere le routinarie manovre di controllo dei parametri nel post operatorio e una graduale ripresa delle funzioni fisiologiche e delle normali attività (deambulazione, assunzione di alimenti, capacità di rivestirsi, etc.).

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Quando è presente un'attività organizzativa autonoma di Day Surgery deve essere prevista una Caposala o infermiere responsabile.

Il coordinamento deve essere affidato ad uno specialista di branca chirurgica o anestesiologicala. Tale figura di coordinatore di Day Surgery è utile al fine di creare un elemento di catalizzazione del sistema organizzativo.

Devono esistere procedure di controllo del processo di sterilizzazione validate dalla Direzione Sanitaria ed organizzate in linee guida e protocolli, conformi alle leggi in materia nonché alla direttive regionali e/o aziendali.

L'assicurazione della qualità è particolarmente importante in Day Surgery perché il successo, la sicurezza delle unità di Day Surgery sono imprescindibili da un rigoroso controllo del processo nella sua globalità.

Per il controllo del processo si devono prevenire e gestire le non conformità e devono essere gestite le aree di criticità e dei fattori di rischio.

Le aree di criticità si situano a livello di:

- selezione preoperatoria
- esecuzione dell'intervento
- controllo postoperatorio
- fase di dimissione
- contatti con il paziente nella fase domiciliare del postoperatorio.

CLINICAL COMPETENCE

Il personale medico deve essere in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- gli operatori medici dovranno possedere dimostrata esperienza nella branca di loro competenza, con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore;
- i medici non in possesso di tali requisiti possono operare in qualità di secondo o in qualità di primo operatore, se assistiti da un collega con i requisiti sopraccitati;
- il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica documentata.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di selezione

Rapporto cancellati/attesi: rapporto tra il numero dei pazienti che il mattino dell'intervento non vengono riconosciuti idonei all'intervento dall'anestesista e il numero dei pazienti attesi per l'intervento. La non idoneità è più probabile quando la visita anestesiologicala non è sistematicamente effettuata qualche giorno prima dell'intervento.

Rapporto non venuti/attesi: rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e il numero di quelli attesi.

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di trattamento

Rioperati/operati: rapporto tra il numero di pazienti operati e il numero di pazienti sottoposti a reintervento nei 15 giorni successivi.

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di dimissione

Trasferiti/operati: rapporto tra il numero dei pazienti ricoverati nelle 24 ore successive all'intervento e i pazienti operati.

Chirurgia Pediatrica

Sino all'anno di vita, sia in regime di urgenza che di elezione, i pazienti devono essere trattati presso le unità operative di chirurgia pediatrica, fatta eccezione per i pazienti intrasportabili, dall'età di un anno fino a 14 anni presso le unità operative di chirurgia generale possono essere trattate le patologie chirurgiche pediatriche più comuni (ernie inguinali e della parete addominale, idroceli, varicoceli, criptorchidismo, fimosi, appendicite) sia in regime di urgenza che di elezione.

Le unità operative di chirurgia generale che svolgono anche interventi di chirurgia pediatrica oltre ai requisiti specifici precedentemente descritti devono prevedere:

Degenza:

I paziente da 1 a 14 anni devono essere ricoverati presso una unità operativa di pediatria o in un reparto chirurgico con stanze dedicate;

Il bambino deve avere la possibilità di essere costantemente assistito da uno dei genitori, pertanto devono essere previste stanze dedicate.

CLINICAL COMPETENCE

Per effettuare interventi di chirurgia pediatrica la competenza individuale dell'operatore deve essere di terzo o quarto livello; qualora l'operatore sia medico con competenze di primo o secondo livello deve essere garantita in sala la presenza di un "tutor" in possesso dei requisiti di terzo o quarto livello.

Le unità operative di chirurgia generale che effettuano interventi di chirurgia pediatrica devono avere rapporti di collaborazione con unità operative di chirurgia pediatrica.

Acquisizione servizi

L'acquisizione dei beni di consumo e delle attrezzature deve essere regolamentata da procedure in modo formalizzato, che comportino la formulazione di criteri tecnici, alla cui definizione devono concorrere gli stessi professionisti fruitori, tenendo conto delle necessità derivanti dalla attività chirurgica programmata e dalla urgenza/emergenza chirurgica.

I criteri tecnici devono prevedere anche le procedure di collaudo, idoneità e segnalazione di problemi.

Servizi

Una Chirurgia Generale, per svolgere in modo ottimale le proprie attività, deve poter disporre di una serie di Servizi, che divengono via via più complessi qualora la Struttura disponga di un Servizio di Pronto Soccorso.

Tale dato verrà tenuto presente nell'elencazione di ogni Servizio.

Anche per l'acquisizione di servizi debbono essere espressi i requisiti tecnici e organizzativi e il processo di fornitura va periodicamente riesaminato a fini di rilevazione delle non conformità alle specifiche stabilite o a fini di miglioramento.

Anestesia e Rianimazione

Oltre al personale dedicato all'attività programmata deve essere prevista almeno la consulenza anestesiologicala in pronta disponibilità e deve essere concordato un percorso per l'accesso a posti letto di terapia intensiva sia per interventi chirurgici programmati, sia per interventi chirurgici urgenti.

Anatomia Patologica

Si deve poter disporre, nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione, di una attività di Anatomia Patologica per la durata della sua attività programmata anche in considerazione della esecuzione di esami estemporanei. Il Servizio deve soddisfare gli standard di Qualità richiesti e deve eseguire esami istologici, citologici, immunoistochimici.

Radiologia

Devono essere garantiti esami di routine secondo modalità concordate ed esami per le urgenze h.24, 7 giorni su 7, per la radiologia convenzionale.

Gli esami ecografici devono essere disponibili di routine e in urgenza secondo modalità concordate tra le U.O. interessate.

Indagini TAC di routine e urgenti devono essere disponibili o all'interno della struttura o

presso strutture di riferimento.

I tempi della richiesta e la relativa refertazione devono essere definiti con accordi interni sia per gli esami urgenti che non urgenti.

Per le attività di Angiografia, Risonanza Magnetica e di Radiologia Interventistica, deve essere individuata, ove non esistente nella stessa sede, una struttura di riferimento, tenendo conto della complessità della casistica dell'U.O.

Radioterapia

Si deve poter disporre di una Attività di Radioterapia per il trattamento preoperatorio e postoperatorio delle neoplasie radiosensibili. In assenza del Servizio vanno stipulati contratti che consentano tempi di attesa compatibili con le patologie da trattare.

Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Laboratorio Microbiologia

Devono essere concordati con il Laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Il Laboratorio deve essere in grado di eseguire indagini sierologiche per la valutazione della risposta anticorpale nei confronti dei più comuni agenti infettivi.

Qualora sia previsto che gli esami sopra riportati siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di eseguire esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobici e anaerobici gram-positivi e gram-negativi, miceti e virus da ogni materiale biologico e non.

Deve essere possibile definire il profilo di sensibilità ai farmaci antibatterici e antimicotici. Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di assicurare la conservazione del ceppo batterico per l'eventuale successiva determinazione della Concentrazione Minima Inibente (MIC) di farmaci antibatterici e anche per la valutazione del potere antibatterico del siero.

Per le richieste nelle giornate festive devono essere codificate le modalità di prelievo e di conservazione dei campioni, nel caso questi non possano essere subito inviati al laboratorio.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Servizio Immunotrasfusionale

Si deve poter contare h.24, 7 giorni su 7, di una attività Immunotrasfusionale che assicuri disponibilità di sangue e suoi derivati in caso di pazienti ricoverati con emorragie in atto o durante interventi chirurgici in urgenza ed in elezione ove siano necessarie trasfusioni.

Servizio di Endoscopia Digestiva

Si deve poter disporre di una attività di Endoscopia Digestiva nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione che assicuri un'attività endoscopica gastroenterologica sia diagnostica che operativa. All'interno, in assenza del Servizio, ci si può avvalere di medici di comprovata e riconosciuta esperienza di attività endoscopica, operanti nell'ambito della Chirurgia Generale stessa o in altre Unità Operative.

Medicina Nucleare

Si deve poter disporre di una attività di Medicina Nucleare in grado di assicurare le più comuni indagini scintigrafiche diagnostiche e terapeutiche. L'attività deve essere nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

Medicina Fisica e Riabilitazione

Si deve poter disporre di una attività di Medicina Fisica e Riabilitazione che assicuri personale tecnico adeguato con particolari competenze per una precoce riabilitazione motoria, respiratoria, e dei disturbi della deglutizione e della regolazione sfinterica nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

Servizio di Cardiologia

Si deve poter disporre di competenze cardiologiche all'interno della struttura.

Specialità Chirurgiche e Specialità Mediche

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello aziendale o a livello regionale, di competenze di natura chirurgica specialistica e di natura medica specialistica, accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

Laddove si praticano interventi in emergenza/urgenza, la Chirurgia Generale deve avere disponibile competenze chirurgiche di natura vascolare e toracica nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

Clinical competence e formazione

La clinical competence in chirurgia è sicuramente un problema, dai molteplici aspetti difficilmente schematizzabili in concetti semplici. Le sfide che la chirurgia si trova ad affrontare per i mutamenti epidemiologici e l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, impongono un profondo ripensamento circa le "qualità" che tradizionalmente debbono definire il chirurgo "clinicamente competente". Il concetto di competence, per il chirurgo, non si limita, pertanto, a comprendere le capacità tecnica e clinica, ma richiede il possesso di altri requisiti professionali, culturali, scientifici, organizzativi:

1. la capacità di comprendere l'importanza e prevedere l'evoluzione della chirurgia e delle specialità che con essa interagiscono (una migliore comprensione e utilizzazione della nutrizione enterale, le modalità di integrazione della endoscopia digestiva con la chirurgia laparoscopica nel contesto delle sue indicazioni e dei suoi limiti, la corretta utilizzazione delle strutture deputate alla sorveglianza clinica e all'assistenza dell'ammalato critico (leggi filosofia dell'assistenza per intensità di cure).
2. La capacità di formare i nuovi chirurghi e di mantenere aggiornati nell'assistenza, nella didattica, nella ricerca scientifica e nella gestione delle problematiche organizzative i chirurghi che già ricoprono in autonomia ruoli di responsabilità.

L'obiettivo di un training così articolato, adeguato ed efficace, può presentare alcune criticità, poiché il volume di attività ad alta complessità in tutte le U.O. può non essere sufficiente. Analogamente nelle strutture ad alta specializzazione l'attività chirurgica "minore" è spesso rappresentata da casistiche relativamente insufficienti. Questa dicotomia di attività e di casistica comporta evidenti implicazioni nel conseguimento-mantenimento di una competence adeguata ed equilibrata nelle varie strutture. L'introduzione, poi, della chirurgia laparoscopica, non ha sicuramente semplificato questa problematica, ma ne ha accentuate le criticità.

Una impostazione corretta del problema della clinical competence, oltre che la competenza individuale, deve prendere in considerazione anche quella dell'Unità Operativa e dell'Azienda ove il chirurgo opera.

A. Competenza individuale

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale medico e infermieristico.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M..

Per ogni chirurgo, in relazione ai livelli di complessità degli interventi, può essere individuato uno dei seguenti livelli:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dalla presenza di almeno due chirurghi entrambi in possesso dei livelli 3 e 4.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

B. Competenza dell'Unità Operativa

La competenza dell'U.O. deve essere valutata per la presenza, tra gli altri, dei seguenti requisiti:

1. Predisposizione di un progetto formativo,
2. periodica revisione documentata dell'attività clinica anche tramite audit,
3. verifica di parametri rispetto alla media regionale e alla deviazione standard al 95% tra i quali:
 - degenza media pre e post operatoria per i 10 DRG più frequenti¹
 - peso medio DRG per i 10 DRG più frequenti per Unità Operativa rispetto al peso medio dei 10 DRG più frequenti a livello regionale²

Il requisito che è richiesto ad ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dai 3 punti.

C. Competenza integrata nella struttura sanitaria

L'organizzazione sanitaria sta affrontando notevoli cambiamenti; infatti piccole ed indipendenti unità di produzione debbono essere integrate in una più efficiente organizzazione con forti interconnessioni ed interfacce: dipartimenti, sistemi in rete, macroaggregazioni.

La valutazione della competenza di questa più ampia e complessa entità deve essere effettuata ricercando la presenza dei seguenti requisiti:

1. identificazione e valutazione della produzione assistenziale e scientifica;
2. integrazione in ambito dipartimentale/aziendale/di rete territoriale, delle singole U.O.;
3. attivazione di percorsi/protocolli diagnostico-terapeutici;

¹ Rilevazione regionale annua

² Rilevazione regionale anno 1998 Peso medio = 0.79.

4. indice di fuga documentato (mobilità passiva).

Il requisito minimo per l'accreditamento di questa competenza "integrata" deve essere il possesso di almeno i primi tre requisiti. Questo presuppone, all'interno della struttura sanitaria, la presenza e l'integrazione delle diverse competenze (di U.O., dipartimento, etc) o, comunque, in assenza di una di queste, della definizione di percorsi in rete.

Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali

PERCORSO FINALIZZATO AL RICOVERO E TERAPIA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIA

Un percorso diagnostico-terapeutico per pazienti portatori di neoplasia deve avere come obiettivo di:

1. consentire un più appropriato ricorso a ricoveri o a altre modalità di assistenza;
2. consentire l'esecuzione ambulatoriale degli accertamenti in tempi di attesa analoghi a quelli che si hanno nel ricovero ordinario;
3. trattenere i pazienti nel loro ambiente familiare il più a lungo possibile;
4. assicurare ai pazienti il giorno dell'intervento.

Il percorso riguarda i pazienti che afferiscono alle strutture chirurgiche ambulatoriali con richiesta di visita ordinaria o prioritaria o urgente:

- perché affetti da sintomi che fanno ipotizzare una patologia neoplastica
- perché hanno eseguito un accertamento diagnostico che ha rivelato la presenza di una neoplasia.

Nel primo caso è necessario definire la diagnosi, nel secondo caso è necessario stadiare la neoplasia. In entrambi i casi gli accertamenti diagnostici sono finalizzati a valutare la necessità dell'esecuzione dell'intervento chirurgico.

I percorsi diagnostici delle due tipologie dei pazienti sono assimilabili in quanto comportano il ricorso alle stesse U.O. di diagnosi.

Il percorso diagnostico-terapeutico deve completare gli accertamenti necessari (diagnostici e/o stadianti).

Il percorso deve prevedere l'eventuale invio del paziente ad U.O. chirurgiche con competenze specifiche su singole patologie.

Deve essere garantito un tempo massimo di 30 giorni tra l'indicazione all'intervento e il ricovero.

Deve essere previsto un percorso preferenziale assicurato da accordi con le U.O. dei servizi diagnostici. Gli accordi devono prevedere di riservare settimanalmente un certo numero di prenotazioni a questi pazienti, afferenti ai servizi dagli ambulatori chirurgici, in modo da realizzare un meccanismo indipendente di prenotazione/esecuzione che consenta di completare la diagnosi e rendere possibile la terapia entro il periodo di tempo massimo stabilito.

Il percorso del paziente deve essere coordinato dall'ambulatorio chirurgico.

Le tipologie degli accertamenti devono prevedere tutte quelle necessarie alla corretta diagnosi di malattia neoplastica ed alla stadiazione.

PERCORSO PER LA DIMISSIONE E LA COMPILAZIONE DELLA LETTERA DI DIMISSIONE

La lettera di dimissione rappresenta un documento pubblico ufficiale, al pari della cartella clinica di cui dovrebbe rappresentare una sintesi.

È un documento indirizzato legittimamente al paziente che, oltre a conservarla, può utilizzarla

a fini assistenziali consegnandola al proprio curante, fatte salve le normative previste dalla privacy. Per questa duplice finalità (informazione al paziente, informazione al curante), si raccomanda che una lettera di dimissione contenga una serie di informazioni che la rendano esaustiva. In particolare è necessario che riporti:

1. struttura di appartenenza
2. recapito telefonico della struttura con orario dedicato ai contatti con l'esterno
3. nome e cognome del paziente
4. data di nascita
5. indirizzo e recapito telefonico
6. nome del medico curante
7. data di ingresso e dimissione
8. diagnosi di dimissione
9. accertamenti eseguiti e loro esiti (normale/patologico)
10. andamento degli esami risultati alterati ed evoluzione durante il ricovero
11. data e tipologie delle procedure chirurgiche, comprese trasfusioni ed eventuale impianto protesico
12. terapia consigliata a domicilio (disciplina delle prescrizioni)
13. data ed ora del primo controllo (fornire l'impegnativa)
14. eventuali esami in corso di refertazione al momento della dimissione
15. firma e timbro del medico incaricato.

PERCORSO PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA (IFC)

La sorveglianza delle Infezioni della Ferita Chirurgica (IFC) con un appropriato ritorno dei dati epidemiologici ai chirurghi stessi è un'importante componente delle strategie di riduzione del rischio di IFC.

Un efficace programma di sorveglianza delle IFC deve comprendere l'utilizzo di definizioni dell'infezione, standardizzate ed epidemiologicamente valide, un corretto disegno dei progetti di sorveglianza, la stratificazione dei tassi di IFC in accordo con i fattori di rischio correlati, un continuo "report" dei dati.

Si identifica come score da utilizzarsi per un confronto in ambito regionale l'Infection Risk Index (National Nosocomial Infections Surveillance).

Si intende per IFC quella che compare entro 30 giorni dall'intervento e quella che compare entro 12 mesi se vi è stato impianto di protesi.

Devono essere adottati protocolli per la profilassi antibiotica perioperatoria.

La sorveglianza deve essere effettuata su almeno tre procedure tra quelle sottoelencate:

- chirurgia coloretale
- colecistectomia
- appendicectomia
- ernioplastica e laparoplastica
- mastectomia
- quadrantectomia.

Per la raccolta dei dati deve essere utilizzata la scheda regionale e i "report" dei risultati devono essere indirizzati agli operatori interessati dell'ospedale. Devono essere valutati periodicamente i risultati.

PERCORSO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE

Per gli interventi in videochirurgia è necessario distinguere due gruppi di patologie:

- patologie la cui esecuzione in videochirurgia richiede una attenta preparazione ed alta professionalità (come, ad es., la patologia degli organi cavi addominali, stomaco e colon, la patologia degli organi parenchimatosi, fegato, pancreas, ecc.); tali interventi vanno eseguiti e codificati nei loro vari passaggi in Centri altamente qualificati in questo campo;
- patologie la cui esecuzione con tecniche videochirurgiche richiede un adeguato tirocinio sperimentale e clinico per ottenere ottimi risultati (come, ad es., la chirurgia solamente demolitiva, e non ricostruttiva, degli organi addominali: colecistectomia, appendicectomia, ecc..).

La colecistectomia, ad esempio, trova nella tecnica videolaparoscopica l'intervento di scelta ormai in tutto il mondo, essendo ormai accettato che non esistono dubbi sui notevoli vantaggi immediati ed a distanza che può dare una colecistectomia videolaparoscopica rispetto alla classica colecistectomia laparotomica.

Per l'effettuazione di un intervento di colecistectomia con tecnica videolaparoscopica vanno definiti:

- a) un percorso diagnostico finalizzato a valutare la possibilità o meno di litiasi concomitante del coledoco, attraverso una accurata anamnesi che valuti anche un pregresso subittero, una ecografia del coledoco e la rilevazione della via biliare principale;
- b) un percorso terapeutico che valuti la fattibilità o meno del trattamento videolaparoscopico della litiasi coledocica, anche attraverso la collaborazione sequenziale -in caso di necessità- con un Servizio di Endoscopia idoneo all'esecuzione di papillosfinterotomia preoperatoria, qualora sia accertata la presenza della litiasi

coledocica prima dell'esecuzione della colecistectomia laparoscopica, o postoperatoria, qualora venga diagnostica successivamente, durante o dopo la colecistectomia.

Occorre che ogni Chirurgia Generale sia dotata dell'equipaggiamento tecnico e delle professionalità adeguatamente addestrate per effettuare interventi di base in videochirurgia.

Indice

Premessa	2
Area di degenza	3
Blocco Operatorio.....	4
Ambulatorio chirurgico.....	6
Day Surgery	8
Chirurgia Pediatrica	11
Acquisizione servizi.....	12
Clinical competence e formazione.....	16
Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali	19