

## Linee guida per l'organizzazione del ricovero diurno, medico e chirurgico

### PREMESSA

L'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie nonché dei modelli organizzativi nell'assistenza ospedaliera hanno fortemente influenzato le modalità di erogazione dell'assistenza in regime di ricovero ospedaliero consentendone una riduzione delle degenze fino a comprimere il ricovero in struttura ospedaliera ad un solo giorno, limitando il ricovero alle sole situazioni assistenziali che contemplano prestazioni di una intensità e complessità dell'atto medico-infermieristico, assicurando gli stessi esiti qualitativi e di sicurezza del paziente.

Dall'altra parte anche i pazienti hanno accolto con favore la costante riduzione della permanenza in ospedale per essere quanto prima restituiti nell'ambito della propria famiglia, costituendo questo approccio un aspetto importante dell'organizzazione ospedaliera che presta attenzione all'umanizzazione della assistenza .

Inoltre l'introduzione di questa nuova modalità organizzativa contribuisce a garantire elevati livelli qualitativi di assistenza con possibile riduzione di costi, contribuendo anche ad un miglioramento dell'efficienza operativa degli ospedali, migliorando l'accessibilità dei pazienti e riducendo le liste di attesa.

Il regime assistenziale di ricovero diurno è stato introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale con la Legge n. 595 dell'ottobre 1985 ed è stato posto in una posizione intermedia tra il regime di ricovero ordinario e l'attività ambulatoriale. L'articolo 4 comma 2 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, demandando alle Regioni e Province autonome la riorganizzazione della rete ospedaliera, fissa l'obbligo di attivazione di strutture preposte all'assistenza ospedaliera diurna mentre, con il DPR del 20 ottobre 1992, vengono fornite le necessarie indicazioni su come attivare questo regime di assistenza e, in particolare, è stato definito il rapporto che deve intercorrere tra il regime di ricovero ordinario e quello diurno, recepito dalla deliberazione della Giunta provinciale 6309 del 30 dicembre 1998.

Più recentemente il DPR del 14 gennaio 1997 "Requisiti minimi per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" individua la tipologia organizzativa del ricovero diurno senza peraltro disciplinare le caratteristiche tecniche organizzative.

Anche il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, individuando la tipologia delle prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno, identifica di fatto la tipologia delle prestazioni la cui erogazione è appropriata in tale regime di ricovero:

1. procedure chirurgiche attribuibili a DRG chirurgici;
2. procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, che non siano erogabili anche ambulatorialmente;

3. l'esecuzione di radioterapia e chemioterapia o quelli programmati per la terapia ed il monitoraggio dei pazienti oncologici, nonché dei pazienti affetti da altre condizioni di malattia croniche e/o invalidanti e da malattie rare previste da specifici regolamenti emanati dal Ministero della Sanità;
4. prestazioni da effettuare in ospedali di riabilitazione e in reparti di riabilitazione identificati dai codici di disciplina "56", "28" e "75";
5. attribuiti al DRG 462 (riabilitazione).

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 1 agosto 2002 ha emanato apposite linee guida per l'organizzazione delle attività di ricovero diurno chirurgico, demandando alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano la determinazione attuativa in sede locale.

In conclusione, è la complessità nell'erogazione della prestazione-procedura a determinare il regime di ricovero diurno medico o chirurgico.

## DEFINIZIONI

Per ricovero in regime di ricovero diurno si intende il modello organizzativo, che ogni struttura ospedaliera, pubblica o privata, deve adottare, per l'erogazione di prestazioni sanitarie per le quali risulta appropriato, secondo le norme di buona pratica clinica o di dimostrata efficacia clinica, in alternativa al ricovero ordinario e non attuabili in regime ambulatoriale (appropriatezza del livello organizzativo).

Si precisa che il termine "ricovero diurno" è usato in modo equivalente a quello di "day hospital", pertanto le denominazioni "ricovero diurno medico" e "ricovero diurno chirurgico" utilizzate nelle presenti linee guida sono da intendersi sinonimi delle denominazioni usate comunemente rispettivamente di "(medical) day hospital" e "day surgery".

**Il ricovero diurno medico (o day hospital)** è caratterizzato da:

1. un ricovero programmato, costituito da uno o più accessi;
2. un accesso (equivalente a una giornata di degenza) limitato ad una sola parte della giornata, preferibilmente alle ore diurne, di durata inferiore alle 24 ore;
3. una erogazione di prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro invasività o per il loro rischio per il paziente o per il tempo di attuazione non possono essere eseguite in regime ambulatoriale in quanto richiedenti un periodo di osservazione e valutazione medica e infermieristica di almeno 3 ore. Anche il tempo di esecuzione di prestazioni per le quali è richiesto l'utilizzo di farmaci la cui somministrazione necessita di tempi, modalità e controlli di particolare durata può determinare la loro erogazione in regime di ricovero diurno.

Ogni accesso alla struttura di ricovero non ricopre l'intero arco delle 24 ore e le prestazioni possono essere erogate nel corso del mattino, del pomeriggio o anche durante la notte in

relazione alle caratteristiche delle stesse, della patologia ed alle disponibilità assistenziali della struttura di ricovero.

Per **ricovero diurno chirurgico o chirurgia di giorno (o day surgery)** si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Il ricovero diurno chirurgico è caratterizzato da:

1. un ricovero programmato per l'erogazione della procedura chirurgica o terapeutica invasiva e seminvasiva;
2. una durata della degenza giornaliera e comunque inferiore alle 24 ore, con possibilità di ricorrere al pernottamento del paziente per ragioni di sicurezza clinica.

Gli accertamenti diagnostici e visite pre e post ricovero vanno erogati possibilmente in regime ambulatoriale in momenti diversi dal ricovero e costituiscono eventi che vengono assorbiti nell'evento principale dell'atto chirurgico. Tali accertamenti sono remunerati con tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso e non sono soggetti alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino in base alla normativa vigente.

### **Modalità di accesso al ricovero diurno**

L'accesso al regime di ricovero diurno, medico e chirurgico, deve avvenire su decisione dei sanitari della stessa struttura di ricovero che, attraverso l'attività ambulatoriale specialistica o al momento della dimissione per i pazienti già ricoverati in regime ordinario, identificano i soggetti che necessitano di prestazioni chirurgiche, diagnostico-terapeutiche invasive e non che non sono erogabili in regime ambulatoriale e che non richiedono il ricovero in regime ordinario. L'attivazione del ricovero in regime diurno avviene quindi nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico programmato.

### **Struttura organizzativa**

L'ospedale moderno dovrebbe prevedere ed organizzare le attività di ricovero diurno, medico e chirurgico, unificandole in una o più sedi, a seconda della complessità della struttura, separando la gestione di questi pazienti da quelli che richiedono il ricovero ordinario. Infatti, le esigenze assistenziali e le caratteristiche strutturali necessarie per le modalità di erogazione delle prestazioni e di assistenza sono sensibilmente diverse da quelle del ricovero ordinario.

Si dovrebbe pertanto evitare la promiscuità dei pazienti diurni e ordinari, per il flusso degli accompagnatori, per l'organizzazione infermieristica e medica, per le modalità di gestione dei pazienti dall'accoglimento alla dimissione nello stesso giorno o all'accesso programmato per alcune ore.

In ogni ospedale della Provincia si dovrebbe quindi, nel medio termine, individuare specifiche aree comuni, preferibilmente plurispecialistiche dipartimentali, da destinare ad attività di ricovero, distinte per ricovero diurno medico e chirurgico, con attesa pazienti e parenti, accettazione, accoglimento, degenza o sorveglianza, spazi per lavoro infermieristico, ambulatori, servizi igienici e ristoro dei pazienti.

Per i trattamenti chirurgici si dovrà prevedere preferibilmente sale operatorie plurispecialistiche dedicate o funzionalmente organizzate per la chirurgia di giorno, sulla scorta della complessità dell'ospedale e del dimensionamento dell'attività chirurgica di giorno.

Lo stesso principio dovrà essere esteso, a seconda della complessità e dimensione organizzativa dell'ospedale, anche ai servizi radiologici e strumentali vari (emodinamica, gastroenterologia, pneumologia, ecc.) per le procedure invasive.

***Le aziende proporranno specifici piani e progetti di riorganizzazione edilizia ospedaliera all'Assessorato alla Sanità, che saranno, previa valutazione tecnica, appositamente finanziati.***

Per le sale operatorie, si deve tendere ad una distinzione funzionale dell'organizzazione della programmazione degli interventi chirurgici, dedicando una o più sale del blocco operatorio in forma mono o plurispecialistica per la chirurgia in regime diurno.

### **Dimensionamento dell'attività diurna e dei posti letto**

Una attenta valutazione epidemiologica, basata anche sui dati di attività di ricovero, è in grado di predire un dimensionamento del numero dei posti letto equivalenti da destinare all'attività di ricovero diurno, che dovrebbe assicurare una dotazione di posti letto tale da garantire il 20% della produzione dei ricoveri totali e il corrispondente 36<sup>1</sup> per 1000 del tasso di ospedalizzazione.

Per ogni posto letto equivalente si prevedono due ricoveri per turno di sei/sette ore.

Il posto letto equivalente è da considerarsi a tutti gli effetti un posto letto di degenza e quindi deve essere considerato nella determinazione dell'indice di dotazione dei posti letto per mille abitanti e nella determinazione del tasso di ospedalizzazione.

Pertanto, i posti letto equivalenti destinati all'attività di ricovero diurno, individuati nelle diverse strutture operative ospedaliere, derivano dalla conversione di un numero almeno corrispondente di posti letto ordinari e sono esclusivamente dedicati allo svolgimento dell'attività di assistenza in regime diurno.

---

<sup>1</sup> Secondo Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 il tasso di ospedalizzazione entro l'anno 2007 deve essere entro 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%

## **Regolamento dell'attività dei posti letto equivalenti**

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie e i Legali rappresentanti delle Strutture di ricovero private, avvalendosi dei rispettivi Direttori sanitari, predispongono un apposito regolamento che disciplini l'attività di ricovero diurno, svolta dalle strutture operative afferenti all'ospedale.

Tale regolamento deve identificare le varie Strutture operative di degenza dotate del modello organizzativo di ricovero diurno, medico e chirurgico, specificando:

- la dotazione dei posti letto equivalenti, la programmazione dell'attività assistenziale, le modalità di accettazione dei pazienti, il collegamento con i vari servizi e in particolare con quelli di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio, nonché i rapporti con i pazienti e con i loro familiari e, in particolare, con il medico di medicina generale al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

Il regolamento deve fornire agli operatori delle varie specialità indicazioni precise al riguardo della tipologia e delle caratteristiche delle prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno secondo quanto specificato negli allegati 1 e 2 , nonché alle particolari condizioni cliniche o anagrafiche del paziente.

Il regolamento dovrà specificare l'apposita modulistica o il supporto informatico adottato per la gestione interna delle richieste di prestazioni, nonché della refertazione degli esami e delle consulenze.

## **Prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno**

In appendice è riportata la lista delle prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno chirurgico (Allegato 1) e medico (Allegati 2A e 2 B)

Tale lista, vincolante dal punto di vista amministrativo per quanto concerne la remunerazione dei ricoveri in regime diurno e ai fini della valutazione dell'utilizzo appropriato del regime di ricovero diurno, potrà essere sottoposta a revisione periodica a seguito dei progressi scientifici compiuti e con cadenza almeno biennale. L'eventuale erogazione di prestazioni del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali non ricomprese nella lista allegata, ma necessarie all'esecuzione della prestazione invasiva, può avvenire nell'ambito dello stesso evento di ricovero diurno. In questo caso, si dovranno adottare specifiche linee guida cliniche.

L'esecuzione di radioterapia e chemioterapia, nonché le prestazioni programmate per il monitoraggio e la terapia dei pazienti affetti da patologie oncologiche, può avvenire in regime di ricovero diurno nell'ambito di un preciso programma terapeutico e ogni qualvolta tale regime di erogazione risulti essere il più appropriato anche in considerazione delle condizioni del paziente e delle caratteristiche delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda il ricorso al ricovero diurno per il trattamento o il monitoraggio delle altre condizioni di malattia croniche e/o invalidanti e delle malattie rare previste dal Ministero della Sanità con il D.M. del 2000, si ritiene che possa avvenire solo se le

prestazioni da erogare soddisfano i criteri generali previsti nel paragrafo “definizioni” dei presenti indirizzi.

Per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione erogate dalle strutture di riabilitazione e dalle strutture operative classificate con i codici di disciplina “56”, “75” e “28”, il ricorso al regime di ricovero diurno deve avvenire nell’ambito di un preciso programma terapeutico e in subordine al regime ambulatoriale, che comporti almeno giornalmente 2 ore di attività riabilitativa programmata per pazienti immediatamente conseguenti ad eventi patologici acuti.

## **Selezione dei pazienti per il ricovero diurno chirurgico**

La selezione dei pazienti che possono essere trattati in regime di Chirurgia di Giornata, riveste un’importanza fondamentale in quanto consente di ridurre notevolmente il rischio di complicanze e di fallimento del trattamento. Si deve infatti tenere presente che l’intervento chirurgico, per quanto poco invasivo, può essere mal tollerato in pazienti con condizioni generali scadenti o compromesse da altre patologie. La selezione dei pazienti deve quindi tenere conto:

### **1) delle condizioni generali del paziente**

Tutti i pazienti che presentano patologie trattabili in regime di ricovero diurno e che afferiscono ai programmi di Chirurgia di Giornata devono essere in buone condizioni generali.

Si considerano candidati ideali al trattamento nel regime assistenziale descritto i pazienti inclusi nelle prime due classi della classificazione proposta dall’American Society of Anesthesiology (Classificazione A.S.A.).

L’estensione del trattamento ai pazienti appartenenti alla classe 3 di tale classificazione può avvenire solamente dopo un attento esame clinico del paziente che, solo dopo le indagini e i controlli ritenuti necessari, potrà essere sottoposto ad intervento chirurgico.

### **2) dell’età e dei fattori di rischio**

L’età del paziente che può essere trattato in regime di Chirurgia di Giornata è indicata tra i 6 mesi e i 75 anni. Tali limiti non sono da considerarsi assoluti, ma sono da porsi in relazione allo stato generale del paziente, alla patologia, ai progressi conseguiti con l’introduzione di nuovi farmaci anestesiológicos e con l’utilizzo di nuove tecniche chirurgiche ed anestesiológicas.

Per quanto riguarda i fattori di rischio eventualmente presenti se ne raccomanda un’attenta valutazione.

### **3) dei fattori logistici e familiari**

E’ preferibile che i pazienti trattati in regime di Chirurgia di Giornata non abbiano il loro domicilio molto lontano dalla struttura sanitaria dove è stato praticato l’intervento chirurgico. Si ritiene che la distanza massima debba essere quella percorribile in un’ora

di automobile per consentire un intervento sufficientemente tempestivo in caso di necessità.

I pazienti devono poter contare sulla presenza, nelle prime 24 ore successive all'intervento chirurgico, di un familiare o di una persona di fiducia che deve essere opportunamente informata sulle possibili evenienze del decorso post-operatorio. Il paziente deve essere accompagnato al proprio domicilio con un automezzo condotto da altra persona.

## **Organizzazione dell'attività**

Il successo di una struttura di Chirurgia di Giorno dipende dall'organizzazione dell'attività. Senza un'adeguata organizzazione tutti i vantaggi, in termini di efficienza, ricavabili dal trattamento di patologie chirurgiche in regime di ricovero diurno possono essere vanificati. Gli elementi intorno ai quali si articola l'organizzazione di una Unità di Chirurgia di Giorno sono rappresentati dalle procedure di selezione, ammissione, cura e dimissione dei pazienti.

Tali procedure devono essere definite per iscritto e concordate tra gli operatori; deve essere definito un protocollo operativo tra il chirurgo e l'anestesista con particolare attenzione alle modalità della valutazione del rischio operatorio, della dimissibilità del paziente e delle relative responsabilità. Copia di tale documento deve essere inviata alla Direzione Sanitaria della struttura sanitaria di ricovero per acuti di afferenza.

### **1) Fase di selezione**

Il processo di selezione del paziente prende inizio con una visita chirurgica, in regime ambulatoriale, che consentirà di stabilire se la patologia è trattabile in regime di ricovero diurno, fornirà le prime indicazioni circa lo stato generale del paziente e consentirà di raccogliere tutte le informazioni di ordine familiare e logistico indispensabili per poter decidere l'ammissione del paziente al trattamento. Deciso, in prima istanza, che il paziente può essere trattato in regime di Chirurgia di Giorno, dovranno essere programmate dal personale sanitario le date di esecuzione delle indagini utili, della visita anestesiologicala se prevista e dell'intervento chirurgico.

Nel giorno di esecuzione delle indagini utili o comunque nel giorno in cui avviene il primo accesso del paziente all'Unità di Chirurgia di Giorno, deve essere compilata la Cartella Clinica e la Scheda di dimissione ospedaliera. Si ritiene indispensabile, al fine di ridurre al minimo il disagio del paziente candidato al trattamento in regime di Chirurgia di Giorno, che la Direzione Sanitaria della struttura di ricovero a cui afferisce la struttura di Chirurgia di Giorno adotti tutti i provvedimenti organizzativi atti a consentire, con un unico accesso, l'esecuzione di tutti gli esami e la conseguente valutazione del rischio operatorio.

La definitiva selezione del paziente per un trattamento in regime di Chirurgia di Giorno o la sua esclusione deriva dalla valutazione del rischio operatorio che deve essere effettuata secondo quanto concordato nel protocollo operativo di cui sopra e tutta la documentazione deve essere raccolta all'interno della Cartella Clinica. Al paziente selezionato il personale infermieristico fornirà le informazioni necessarie per

l'espletamento delle operazioni di ammissione e di dimissione anche con l'eventuale ausilio di opuscoli.

In caso di esclusione del paziente dal trattamento in regime di ricovero diurno il medico dovrà compilare una breve relazione illustrante i motivi dell'esclusione ed accluderla alla Cartella Clinica. Si provvederà quindi alla chiusura della Scheda di dimissione ospedaliera e l'accesso sarà considerato come un accesso di ricovero diurno medico.

Se il paziente, ritenuto idoneo al trattamento in regime di Chirurgia di Giorno, rifiuta il trattamento, potrà avere i referti delle indagini eseguite solamente dopo aver partecipato alla spesa come previsto per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale; la Scheda di Dimissione Ospedaliera, con l'allegata documentazione clinica, dovrà essere archiviata secondo le già previste modalità di legge; nella documentazione clinica dovranno essere riportate le motivazioni dell'annullamento del ricovero che, in quanto tale, non dovrà essere registrato nell'archivio nosologico.

## **2) Fase di cura**

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, in considerazione anche del fatto che le patologie trattabili in regime di Chirurgia di Giorno sono spesso considerate "minori", l'esecuzione di interventi chirurgici in regime diurno richiede personale medico ed infermieristico esperto. Una volta operato, il paziente sarà trasportato nell'area di osservazione dove saranno valutate le sue condizioni generali.

## **3) Fase di dimissione.**

La dimissione del paziente è subordinata al completo ritorno alla normalità dei riflessi vitali, delle funzioni psicofisiche e al completo recupero psicomotorio. Nel caso insorgano complicanze post-operatorie, il paziente dovrà essere prontamente ricoverato presso l'Unità Operativa di riferimento della struttura sanitaria di ricovero per acuti a cui afferisce l'Unità di Chirurgia di Giorno. La dimissione del paziente, al quale sarà consegnata una lettera indirizzata al medico curante e contenente una breve descrizione dell'intervento eseguito, avverrà secondo quanto stabilito nel protocollo di cui sopra. Al paziente deve essere inoltre fornito il numero telefonico che può utilizzare, in caso di bisogno, per contattare nelle 24 ore successive alla dimissione un referente dell'équipe chirurgica o della struttura operativa cui fa riferimento l'Unità di Chirurgia di Giorno. Il personale infermieristico fornirà ai familiari del paziente tutte le informazioni necessarie per l'assistenza al domicilio.

## **4) Controlli post-operatori.**

Il paziente trattato deve essere seguito nel decorso post-operatorio con controlli programmati dal personale medico operante nell'Unità di Chirurgia di Giorno. La Scheda di dimissione ospedaliera sarà compilata in tutte le sue parti, quindi chiusa nella data di effettuazione dell'ultimo controllo.

Come si può facilmente intuire tutto il processo organizzativo dell'Unità di Chirurgia di Giorno si fonda sul personale addetto. Solo una buona preparazione e una perfetta collaborazione tra il personale dell'Unità renderà possibile il raggiungimento di un livello di



efficienza tale da determinare il contenimento dei costi e quindi di rendere vantaggiosa l'adozione di questo modello organizzativo.

Le procedure per le prestazioni pre-ricovero e per le prestazioni post-ricovero sono regolamentate con apposito provvedimento dalla Direzione sanitaria.

## **Documentazione sanitaria**

Per i ricoveri in regime diurno deve essere compilata una cartella clinica come avviene per i ricoveri ordinari. Tale cartella clinica, distinta da quella di ricovero ordinario, oltre a rappresentare la documentazione medico-legale dell'avvenuto ricovero, deve contenere la registrazione di tutti gli atti assistenziali erogati al paziente nel corso dei vari accessi alla struttura sanitaria.

La Scheda di dimissione ospedaliera deve essere aperta quando inizia il primo contatto programmato con l'ospedale, ciò vale anche per il ricovero diurno chirurgico, e deve essere chiusa nella data in cui il paziente riceve l'ultima prestazione correlata al trattamento o ciclo terapeutico.

Come per la cartella clinica del ricovero ordinario anche per quella del ricovero diurno deve essere compilata una Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) che rappresenta la sintesi del ricovero in regime diurno ed è considerata l'unico documento che consente la remunerazione delle prestazioni erogate.

All'atto della dimissione è consegnata al paziente una relazione destinata al medico curante, in cui vengono riportati i dati salienti del ricovero, la terapia, le indicazioni per la gestione della eventuali complicanze e i riferimenti per assicurare alla stesso paziente l'assistenza richiesta per i casi di necessità o di urgenza, nonché le modalità dei controlli successivi.

La continuità assistenziale è assicurata attraverso la raccolta completa della documentazione clinica, che va resa tempestivamente disponibile, la pronta disponibilità del medico o lo stretto contatto della struttura di ricovero diurno con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente.

Nel caso in cui un paziente trattato in regime di ricovero diurno debba essere, a seguito di una complicanza, ricoverato in regime ordinario in una struttura sanitaria di ricovero per acuti, la Scheda di dimissione ospedaliera relativa al trattamento in regime di ricovero diurno deve essere compilata in tutte le sue parti e chiusa riportando nella voce "modalità di dimissione" il codice 12 (trasferito ad altro regime di ricovero (da ricovero diurno a ordinario o viceversa)). Sulla corrispondente Scheda di dimissione ospedaliera di ricovero ordinario alla voce "provenienza del paziente" si deve riportare il codice 8 (trasferito ad altro regime di ricovero (diurno o ordinario) all'interno della stessa struttura).

## **Consenso informato**

Il consenso informato consiste in una informazione esauriente, da parte del medico curante, al paziente sulle sue condizioni di salute e sulla terapia che dovrà essere approntata.

In particolare, il paziente ha il diritto di essere informato con linguaggio chiaro e il più possibile semplice, sulle applicazioni al proprio caso delle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche, soprattutto in un settore come quello chirurgico caratterizzato da continue innovazioni e progressi. Tali considerazioni acquistano particolare valore nel caso del modello assistenziale basato sulla Chirurgia di Giorno.

L'informazione deve essere quindi accompagnata da:

- un opuscolo informativo preliminare nel quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini preoperatorie richieste, anche informazioni riguardanti la preparazione all'intervento stesso, la dieta, le modalità di accesso all'Unità di Chirurgia di Giorno, la presenza di un accompagnatore, l'abbigliamento, ecc.;
- un opuscolo informativo, da consegnare dopo l'intervento chirurgico, nel quale sono riportate le indicazioni postoperatorie generali alle quali il paziente è invitato ad attenersi e le indicazioni postoperatorie specifiche per il tipo di intervento al quale è stato sottoposto con particolare riguardo ai comportamenti da adottare in caso di complicanze, al trattamento del dolore postoperatorio, alle limitazioni e ripresa della normale attività fisica e lavorativa, ecc.;
- dichiarazione scritta di aver ricevuto tutte le informazioni precedentemente elencate e autorizzazione scritta all'intervento.

## **Monitoraggio dell'attività**

Per le strutture pubbliche e private con le quali sono stati stabiliti accordi contrattuali di fornitura delle prestazioni, l'attività espletata in regime di ricovero diurno deve essere valutata, separatamente da quella espletata in regime ordinario, considerando i seguenti indici che descrivono l'attività svolta dai posti letto equivalenti utilizzati per l'erogazione delle prestazioni in regime diurno e che dovranno essere soddisfatti:

- a) indice di rotazione, per ogni posto letto, non inferiore a uno e non superiore a due per ciascun giorno di funzionamento su sei ore;
- b) funzionamento della struttura per non meno di duecentocinquanta giorni;
- c) tasso di occupazione dei posti letto tendenzialmente prossimo al 100 per cento, con riferimento ai parametri di cui alla lettera a) e b).

Un indice di rotazione, cioè il numero di pazienti che possono ruotare nella stessa giornata sul medesimo letto, costantemente superiore a due in ogni posto letto equivalente con un orario di apertura corrispondente a un turno lavorativo di sei ore giornaliere, deve far

pensare che le prestazioni erogate non siano coerenti con le caratteristiche che devono possedere le prestazioni erogate in regime diurno.

Il tasso di occupazione dei posti letto equivalenti, calcolato in base ai reali giorni di apertura che non devono essere inferiori a 250, è utile per determinare il reale fabbisogno di posti letto equivalenti in quanto, nel caso risulti notevolmente inferiore al 100 per cento, essi devono essere ridotti mentre dovranno essere aumentati se tale indice è costantemente superiore al 100 per cento.

Si suggerisce di rilevare e monitorare nel tempo i seguenti indici e informazioni che sono indispensabili per un corretto dimensionamento della struttura di ricovero diurno:

- giorni di attività: numero dei reali giorni di apertura che deve essere compreso tra 250 e 270;
- indice di rotazione: esprime il numero medio di pazienti assistibili in un giorno su un posto letto equivalente;
- numero di posti letto equivalenti: determinato dividendo il numero di accessi o giornate di degenza per i giorni del periodo considerato e quindi per l'indice di rotazione;
- tasso di occupazione: che si calcola dividendo il numero di accessi annui o di giornate di degenza per il numero di posti letto equivalenti moltiplicati per due e per i giorni di attività; il tutto rapportato in percentuale;
- numero totale degli accessi o giornate di degenza nell'anno;
- numero di ricoveri diurni nell'anno;
- numero accessi o giornate di degenza per ricovero diurno: determinato dividendo il numero totale degli accessi nell'anno per il numero di ricoveri diurni nell'anno;
- numero medio di ricoveri diurni per paziente assistito in regime di ricovero diurno: numero di ricoveri diurni diviso per il numero dei pazienti assistiti.

### **Remunerazione dei ricoveri in regime diurno medico e chirurgico**

Per le strutture pubbliche e private con le quali sono stati stabiliti accordi contrattuali di fornitura delle prestazioni, in relazione alla sostanziale equivalenza tra i ricoveri in regime ordinario e quelli in regime diurno, si ritiene che anche questi ultimi debbano essere remunerati in base alla tariffa DRG specifica.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno di cui all'allegato 1 e 2A, l'intero episodio di ricovero viene remunerato in base al DRG, indipendentemente dal numero di accessi o dalle giornate di degenza. Per quanto riguarda il day hospital identificato tramite gli elenchi dell'allegato 2B, il ricovero viene remunerato in base al numero di accessi ed in base alla presenza della patologia in diagnosi principale o secondaria. Le tariffe dei ricoveri per chemioterapia DRG 410 e 492 sono per singolo accesso.

Le tariffe delle prestazioni di Riabilitazione Post-Acuzie (rep.56.00) erogate in regime di Day Hospital sono determinate nella misura pari all'80% del ricovero di riabilitazione ordinario.

## **AMBULATORIO INTEGRATO O PLURISPECIALISTICO**

Le aziende sanitarie, al fine di erogare prestazioni sanitarie qualificate senza creare disagi al cittadino, sono incoraggiate ad orientare l'organizzazione dell'erogazione delle attività ambulatoriali in modo da assicurare con un solo accesso alla struttura sanitaria al cittadino le prestazioni pluribranca.

La prenotazione delle prestazioni da erogarsi in forma plurispecialistica dovrà quindi raccordarsi secondo un percorso simile a quello già sperimentato per il ricovero diurno medico.

Con successivo provvedimento verranno definiti i criteri gestionali ed amministrativi.

### **Appropriatezza e qualità dei ricoveri**

Le prestazioni erogate in regime di ricovero diurno devono essere coerenti con il percorso assistenziale prestabilito e comprese all'interno del protocollo diagnostico-terapeutico ad esso correlato.

I criteri di appropriatezza sotto esplicitati costituiscono una guida per la costruzione-revisione dei percorsi assistenziali.

- A) Somministrazione endovenosa di fluidi in genere o di farmaci, questi solo se somministrati almeno due volte al giorno
- B) Iniezione di farmaci che richiedano una velocità di somministrazione limite, che siano da controllare nella velocità di somministrazione per i possibili effetti collaterali sia locali che generali, che abbiano una potenziale azione lesiva immediata a carico del cuore, muscolatura, respirazione, sistema nervoso.
- C) Misure funzionali da stimolazione farmacologia o con carico di farmaci, con registrazione protratta per almeno due ore di parametri funzionali
- D) Prestazioni e osservazioni infermieristiche più volte nella giornata (almeno tre)
- E) Interventi chirurgici
- F) Procedure invasive diagnostiche o terapeutiche che richiedono l'utilizzo di un locale chirurgicamente attrezzato
- G) procedure ambulatoriali qualora sussistano motivate condizioni cliniche, documentabili in cartella clinica, che rendano appropriata l'esecuzione in regime di ricovero anziché a livello ambulatoriale; ad esempio procedure eseguite su pazienti

con disturbi psichici e psico-fisici e/o con patologie generali gravi (per i quali il quadro clinico impone che il trattamento avvenga in ambiente particolarmente protetto).

Qualora nell'ambito dei controlli, nelle strutture pubbliche e private con le quali sono stati stabili accordi contrattuali di fornitura delle prestazioni, effettuati dal Gruppo SDO permanente, per i ricoveri campionati che non presentano alcuna procedura delle liste degli allegati 1, 2A e 2B, si accerti la presenza di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione della prestazione in altro regime assistenziale (per le motivazioni sopra indicate nei punti da A a G) verrà rivista la tariffazione e stabilita la relativa modalità di compensazione.

## **ANLAGE A**

### **Richtlinien für die Organisation des medizinischen und chirurgischen Tagesklinik-Aufenthalts**

#### **VORWORT**

Unbestritten haben der medizinische und technische Fortschritt sowie die Entwicklung der Krankenhausversorgung im Allgemeinen einen starken Einfluss auf die Leistungen hinsichtlich der stationären Behandlung im Krankenhaus. So war es möglich, die Krankenhausaufenthalte auf einen einzigen Tag zu verkürzen und längere Liegezeiten nur auf besonders schwierige und pflegeintensive Fälle zu beschränken, aber trotzdem den gleichen Qualitäts- und Sicherheitsstandard für den Patienten zu gewährleisten.

Aber auch die Patienten selbst sind mit der stetigen Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes immer mehr zufrieden, weil sie schneller in den Kreis ihrer Lieben zurückkehren können. Dieses Modell stellt in der Krankenhausorganisation einen wichtigen Aspekt dar, weil die medizinische Versorgung dadurch menschlicher wird.

Die Einführung dieses neuen Organisationsmodells trägt zu einem hohen Qualitätsstandard mit möglichen Kosteneinsparungen bei, die Effizienz der Krankenhäuser und die Zugangsmöglichkeiten für den Patienten wird verbessert und die Wartezeiten verkürzen sich.

Die Betreuungsform des tagesklinischen Aufenthalts wurde im staatlichen Gesundheitsdienst mit Gesetz Nr. 595 vom Oktober 1985 eingeführt und nimmt eine Zwischenposition zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ein. Der Artikel 4, Absatz 2 des Gesetzes vom 30. Dezember 1991, Nr. 412, überträgt die Zuständigkeit für die Reorganisation des Krankenhausnetzes den Regionen und autonomen Provinzen und legt die Pflicht fest, Tageskliniken in Betrieb zu nehmen. Mit dem D.P.R. vom 20. Oktober 1992, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 6309 vom 30. Dezember 1998 übernommen wurde, werden die erforderlichen Hinweise für die Umsetzung dieser Betreuungsform gegeben und das Verhältnis zwischen stationärem und tagesklinischem Aufenthalt definiert.

Neuer ist das D.P.R. vom 14. Januar 1997 "Requisiti minimi per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" (Mindestvoraussetzungen für die Genehmigung und Akkreditierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens), das die Organisationsart

der Tagesklinischen Aufenthalte festlegt, ohne allerdings die technische und organisatorische Beschaffenheit zu regeln.

Auch das Gesetzesdekret vom 29. April 1998, Nr. 124, legt, durch die Bestimmung der als Tageseinweisung zu erbringenden Leistungen, die Art der Leistungen fest, die für diese Art der Einweisung zulässig sind:

6. chirurgische Eingriffe, die chirurgischen DRGs zugeteilt werden können;
7. invasive Diagnose- und/oder Behandlungsverfahren, die nicht ambulant durchgeführt werden können;
8. Durchführung von Strahlen- und Chemotherapie oder programmierte Leistungen für die Therapie und Kontrolle der Krebspatienten, sowie der Patienten mit anderen chronischen und/oder Invalidität verursachenden Krankheiten und seltenen Krankheiten, welche von eigenen vom Gesundheitsministerium erlassenen Ordnungen vorgesehen sind;
9. Leistungen, die in Rehabilitationskliniken und Reha-Abteilungen durchzuführen sind, die von den Fachkennnummern "56", "28" und "75" identifiziert sind;
10. dem DRG 462 (Rehabilitation) zugehörigen Leistungen.

Die Konferenz für die Beziehungen zwischen Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen hat am 1. August 2002 eine Richtlinie für die Organisation der Tätigkeit der Tageskliniken erlassen und dabei den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen die Durchführung auf lokaler Ebene übertragen.

Kurz gefasst kann man sagen, dass die Komplexität der zu erbringenden Leistung der ausschlaggebende Faktor ist, ob es sich um medizinische oder chirurgische Tagesklinik handelt.

## **DEFINITIONEN**

Unter Tagesklinik-Aufenthalt versteht man das Organisationsmodell, das jedes öffentliche oder private Krankenhaus für die Erbringung von medizinischen Leistungen umsetzen muss welche nach den Regeln guter klinischer Praxis oder klinischer Effizienz alternativ zur stationären Einweisung möglich sind und nicht ambulant durchgeführt werden können (Angemessenheit der Organisationsstufe).

Der Begriff "Tagesklinik Aufenthalt" hat dieselbe Bedeutung wie "day hospital", auch die in den Richtlinien verwendeten Benennungen "medizinischer Tagesklinik Aufenthalt" und "chirurgischer Tagesklinik Aufenthalt" sind Synonyme zu den üblicherweise verwendeten Benennungen "(medical) day hospital" und "day surgery"

Unter **medizinischem Tagesklinik-Aufenthalt (day hospital)** versteht man:

4. programmierter Aufenthalt bestehend aus ein oder mehreren Zugängen;

5. einen Zugang (entsprechend einem Aufenthaltstag), der sich auf einen Teil des Tages, bevorzugt während der Tagesstunden, mit einer Dauer unter 24 Stunden, beschränkt;
6. die Erbringung von mehreren multiprofessionellen und/oder fachärztlichen Leistungen, die wegen ihrer Invasivität oder der Risiken für den Patienten oder der Dauer nicht ambulant durchgeführt werden können, weil eine medizinische Beobachtung und Betreuung von mindestens 3 Stunden erforderlich ist. Auch die Erbringung von Leistungen, bei denen die Verwendung von Medikamenten erforderlich ist, deren Verabreichung besondere Verfahren, lange Zeit und Kontrollen verlangt, kann die Erbringung als medizinischen tagesklinischen Aufenthalt bewirken.

Jeder Zugang zur Einrichtung ist kürzer als 24 Stunden und die Leistungen können im Laufe des Vormittags, des Nachmittags oder während der Nacht erbracht werden, im Verhältnis zu ihren Eigenschaften, zur Krankheit und der Verfügbarkeit der Betreuung des Krankenhauses.

Unter **chirurgischem Tagesklinik-Aufenthalt oder Tageschirurgie (day surgery)** versteht man die Durchführung chirurgischer Eingriffe oder invasiver und teil-invasiver Diagnose- und/oder Behandlungsverfahren in Tageseinweisung mit Lokal-, Regionalanästhesie oder Vollnarkose mit passenden klinischen, organisatorischen und verwaltungstechnischen Verfahren.

Eigenschaften der Tageschirurgie sind:

3. eine programmierte Einweisung für die Durchführung des chirurgischen Eingriffs oder des Therapieverfahrens;
4. eine Dauer des Krankenhausaufenthaltes von höchstens einem Tag und in jedem Fall unter 24 Stunden, wobei die Möglichkeit besteht, dass der Patient aufgrund klinischer Sicherheitsmaßnahmen die Nacht im Krankenhaus verbringt.

Die diagnostischen Untersuchungen sowie die Vor- und Nachuntersuchungen, sollten vorzugsweise ambulant zu einem anderen Zeitpunkt als dem der Einweisung erbracht werden und werden als Teil des chirurgischen Eingriffs betrachtet. Diese Untersuchungen sind im Gesamttarif des betreffenden Krankenhausaufenthaltes beinhaltet und unterliegen nicht dem laut geltenden Bestimmungen festgelegten Ticketbetrag.

### **Kriterien für den Zugang in eine Tagesklinik**

Der Zugang in eine Tagesklinik muss auf Entscheidung der Ärzte des Krankenhauses erfolgen, die über die fachärztlichen Visiten oder bei der Entlassung der bereits stationär aufgenommenen Patienten, jene Personen bestimmen, die chirurgischer Eingriffe, invasiver und nicht invasiver diagnostischer und therapeutischer Verfahren bedürfen, die nicht ambulant durchgeführt werden können, aber keine stationäre Einweisung erfordern. Die Umsetzung der Tagesklinik erfolgt somit im Rahmen eines programmierten diagnostisch-therapeutischen Verlaufs.

### **Organisationsstruktur**

Das moderne Krankenhaus **sollte** die Tätigkeit der chirurgischen und medizinischen Tagesklinik vorsehen und organisieren, wobei diese, je nach Größe des Krankenhauses, an einem oder mehreren Sitzen zu vereinen und die Verwaltung dieser Patienten von jenen mit stationärer Behandlung zu trennen sind.

Folglich **wäre** die Vermischung von Tagespatienten und stationären Patienten wegen des Flusses der Begleiter, wegen der medizinischen und krankenpflegerischen Organisation, wegen der Art der Verwaltung der Patienten von der Aufnahme zur Entlassung am gleichen Tag oder nach einigen Stunden, zu vermeiden.

In jedem Krankenhaus des Landes **sollten** folglich mittelfristig spezifische Gemeinschaftsbereiche, vorzugsweise mit mehreren fachärztlichen Sektoren und in Form des Departements, eingerichtet werden, die für die Tagesklinik, getrennt nach medizinischer und chirurgischer Ausrichtung, **bestimmt werden** und diese sollten über Wartesaal für Patienten und Verwandte, Empfang, Aufnahme, Liege- und Überwachungsbereich, Räume für die Arbeit der Krankenpfleger, Behandlungszimmer, Sanitäreanlagen und Verpflegung der Patienten verfügen.

Für die chirurgischen Eingriffe sind vorzugsweise eigene fachübergreifende oder für die Tageschirurgie funktionell organisierte OP-Säle vorzusehen, entsprechend der Größe des Krankenhauses und des Ausmaßes des Tageschirurgie.

Das gleiche Prinzip ist, je nach Komplexität und Größe des Krankenhauses, auch für die Röntgenabteilungen und die verschiedenen diagnostischen Dienste (Bluttransfusion, Gastroenterologie, Pneumologie, usw.) für die invasiven Behandlungen anzuwenden.

***Die Betriebe werden dem Assessorat für Gesundheitswesen eigene Pläne und Projekte für die Krankenhausumbauten vorlegen, die nach technischer Überprüfung eigens finanziert werden.***

Für die OP-Säle sollte man eine funktionelle Unterscheidung der Organisation in der Planung der chirurgischen Eingriffe vorsehen, indem ein oder mehrere Säle des OP-Bereichs der Tagesklinik vorbehalten werden, und zwar für fachärztliche oder bereichsübergreifende Eingriffe **für die Tageschirurgie.**

### **Bemessung der Tätigkeit der Tagesklinik und der Bettenzahl**

Eine eingehende epidemiologische Bewertung, basierend auch auf den Daten der Einweisungen, ermöglicht eine voraussichtliche Bemessung der äquivalenten Bettenanzahl für die Tagesklinik, die eine Bettenverfügung **von 20% der gesamten Aufenthalte - dies entspricht 36/1000 der Hospitalisierungsrate** - gewährleisten soll.

Für jedes äquivalente Bett sind zwei Einweisungen für einen Turnus von sechs/sieben Stunden vorgesehen.

Das äquivalente Bett ist in jeder Hinsicht einem Krankenbett gleichzusetzen, sodass er in der Festlegung des Bettenindex pro Tausend Einwohner und bei der Festsetzung der Hospitalisierungsrate zu berücksichtigen ist.



Somit stammen die äquivalenten Betten für die Tagesklinik, die in den verschiedenen Krankenhäusern festgelegt werden, von der Umwandlung einer wenigstens gleichgroßen Anzahl von stationären Krankenbetten. Sie werden ausschließlich für die Tätigkeit und Bedürfnisse der Tagesklinik verwendet.

## **Reglement für die Tätigkeit der äquivalenten Betten**

Die Generaldirektoren der Sanitätsbetriebe und die rechtlichen Vertreter der Privatkliniken arbeiten, zusammen mit den jeweiligen Sanitätsdirektoren, ein eigenes Reglement für die Tätigkeit der Tageskliniken aus, die von den zum Krankenhaus gehörenden Einrichtungen durchgeführt wird.

Dieses Reglement muss die verschiedenen Krankeneinrichtungen bestimmen, die über das Organisationsmodell der medizinischen und chirurgischen Tagesklinik verfügen und festlegen:

- die Verfügbarkeit der äquivalenten Betten, die Planung der Betreuungstätigkeit, die Verfahren zur Annahme der Patienten, die Verbindungen mit den verschiedenen Diensten und hier besonders mit den Diagnosediensten und den Labors, sowie die Beziehungen mit Patienten und ihren Angehörigen und, besonders, mit dem Arzt für Allgemeinmedizin, um die erforderliche Kontinuität der Betreuung zu gewährleisten.

Das Reglement muss den Ärzten der verschiedenen Fachbereiche genaue Angaben hinsichtlich der Art und Eigenschaften der in der Tagesklinik möglichen zu erbringenden Leistungen geben, wie in den Anlagen 1 und 2 aufgelistet, sowie zu den besonderen klinischen und meldeamtlichen Eigenschaften des Patienten.

Das Reglement muss die für die interne Verwaltung der beantragten Leistungen sowie die für die Berichte der Untersuchungen und Beratungen angewandten eigenen Formulare oder Datenträger spezifizieren.

## **Mögliche Leistungen im Rahmen der Tagesklinik**

Im Anhang ist das Verzeichnis der möglichen Leistungen für die Tageschirurgie (Anlage 1) und die medizinische Tagesklinik (**Anlagen 2A + 2B**) angeführt.

Diese Liste, die vom verwaltungstechnischen Gesichtspunkt hinsichtlich der Bezahlung der Einweisungen in Tagesklinik und hinsichtlich der Bewertung der **angemessenen** Auslastung der Tagesklinik bindend ist, kann infolge des wissenschaftlichen Fortschritts in regelmäßigen Abständen und wenigstens alle zwei Jahre überarbeitet werden. Die allfällige Erbringung von Leistungen aus dem Verzeichnis der fachärztlichen Leistungen, die nicht in der beiliegenden Liste enthalten, aber für die Durchführung der invasiven Leistung erforderlich sind, kann im Rahmen derselben Einweisung in der Tagesklinik erfolgen. In diesem Fall sind aber eigene klinische Richtlinien anzuwenden.

Die Durchführung von Strahlentherapie und Chemotherapie, sowie die geplanten Leistungen für die Überwachung und Behandlung der Tumorpatienten, kann als Tagesklinik im Rahmen eines genauen Therapieprogramms erfolgen und immer dann, wenn diese Art der Leistungserbringung auch angesichts des Zustandes der Patienten und der Beschaffenheit der Leistungen als die geeignetste Methode erscheint.

Was den Rückgriff auf die Tagesklinik für die Behandlung und die Kontrolle der anderen chronischen und/oder Invalidität verursachenden Krankheiten sowie die seltenen Krankheiten angeht, die vom Gesundheitsministerium mit M.D. aus dem Jahr 2000 vorgesehen sind, ist man der Meinung, dass dies nur möglich ist, wenn die zu erbringenden Leistungen den allgemeinen Kriterien entsprechen, die im Kapitel „Definitionen“ der vorliegenden Richtlinien vorgesehen sind.

Hinsichtlich der Leistungen zur Rehabilitation, die von den Reha-Kliniken und den Einrichtungen, die mit den Fachkennzahlen “56”, “75” e “28” klassifiziert sind, erbracht werden, muss die Inanspruchnahme der Tagesklinik im Rahmen eines genauen Therapieprogramms und im Ersatz für die ambulante Behandlung erfolgen, wenn täglich mindestens 2 Stunden Rehabilitation für den Patienten erforderlich sind, welche die Folge von akuten Fällen sind.

## **Auswahl der Patienten für die Tageschirurgie**

Die Auswahl der Patienten, die mit der Methode der Tageschirurgie behandelt werden können, ist von grundlegender Bedeutung, weil das Risiko von Komplikationen und des Fehlschlags der Behandlung beträchtlich verringert wird. Man muss nämlich bedenken, dass der chirurgische Eingriff, so klein er auch sein mag, bei Patienten in schlechtem Allgemeinzustand oder mit anderen Krankheiten schlecht verträglich sein kann. Bei der Auswahl der Patienten ist also zu berücksichtigen:

### **1) *der allgemeine Zustand des Patienten***

Alle Patienten mit Krankheitsbildern, die in der Tagesklinik behandelt werden können und zu den Programmen der Tageschirurgie gehören, müssen in einem guten Allgemeinzustand sein.

Ideale Kandidaten für die beschriebene Behandlung sind die Patienten, die in den ersten zwei Klassen der Klassifizierung der American Society of Anesthesiology (Klassifizierung A.S.A.) angeführt sind.

Die Erweiterung der Behandlung auf die Patienten der Klasse 3 dieser Aufstellung darf erst nach einer eingehenden klinischen Untersuchung des Patienten erfolgen, der erst nach den als notwendig erachteten Untersuchungen und Kontrollen dem chirurgischen Eingriff unterzogen werden kann.

### **2) *das Alter und die Risikofaktoren***

Das Alter des Patienten, der mit Tageschirurgie behandelt werden kann, wird zwischen 6 Monaten und 75 Jahren angegeben. Diese Altersgrenzen sind allerdings nicht als

absolut anzusehen, sondern mit dem Allgemeinzustand des Patienten, mit der Krankheit, mit den Fortschritten bei der Einführung neuer Anästhetika und der Verwendung neuer chirurgischer- und Anästhesietechniken in Zusammenhang zu bringen.

Was die allfälligen vorhandenen Risikofaktoren angeht, so ist eine eingehende Abwägung empfohlen.

### **3) die logistischen und familiären Faktoren**

Die mit Tageschirurgie behandelten Patienten sollten ihren Wohnsitz vorzugsweise in der Nähe des Krankenhauses haben, wo der Eingriff durchgeführt wurde. Als Höchstdistanz ist eine Autostunde zu empfehlen, damit ein Noteinsatz bei Bedarf nur kurze Zeit in Anspruch nimmt.

In den ersten 24 Stunden nach dem chirurgischen Eingriff müssen die Patienten auf die Hilfe und Betreuung eines Familienangehörigen oder einer Vertrauensperson zählen können, die ausreichend über den möglichen postoperativen Verlauf informiert sein muss. Der Patient muss mit einem Fahrzeug, das von einer anderen Person gelenkt wird, zu seinem Wohnsitz transportiert werden.

## **Organisation der Tätigkeit**

Der Erfolg einer Tagesklinik hängt von der Organisation ab. Durch eine unzureichende Organisation können alle Vorteile hinsichtlich Effizienz, die durch die Tagesklinik gewonnen werden, verloren gehen. Die Elemente, um die sich die Organisation einer Tagesklinik dreht, sind die Auswahl, die Zulassung, die Behandlung und die Entlassung der Patienten.

Diese Verfahren sind schriftlich festzulegen und zwischen dem Personal und den Ärzten zu vereinbaren. Es ist ein Protokoll zwischen dem Chirurgen und dem Anästhesisten zu vereinbaren, in dem die Verfahren zur Bewertung des Operationsrisikos, der Entlassung des Patienten und der jeweiligen Verantwortung genauestens niedergelegt sind. Eine Kopie dieses Dokuments ist der Sanitätsdirektion des Krankenhauses zuzusenden, nach Zugehörigkeit der akuten Fälle.

### **1) Auswahl**

Der Auswahlprozess des Patienten beginnt mit einer chirurgischen ambulanten Visite, bei der festgestellt wird, ob die Krankheit im Rahmen der Tagesklinik behandelt werden kann oder nicht. Die Visite wird außerdem erste Aussagen über den Allgemeinzustand des Patienten liefern und die Möglichkeit geben, alle Informationen hinsichtlich Logistik und Familie einzuholen, die unerlässlich sind, um die Zulassung des Patienten zur Behandlung zu entscheiden. Wird entschieden, dass der Patient in der Tagesklinik behandelt werden kann, muss das Krankenhauspersonal die Termine für die Durchführung der erforderlichen Untersuchungen, der allenfalls vorgesehenen anästhetischen Visite und des chirurgischen Eingriffs planen.

Am Tag der erforderlichen Visiten oder am Tag des ersten Zugangs des Patienten in der chirurgischen Tagesklinik, sind die Krankengeschichte und der Entlassungsbogen auszufüllen. Die klinische Dokumentation wird mit allen Untersuchungen, die in Vorbereitung auf die Tagesklinik durchgeführt werden, ergänzt. Um die Unannehmlichkeiten des Patienten, der tagesklinischen Behandlungen unterzogen wird, auf ein Minimum zu reduzieren, hält man es für unerlässlich, dass die Sanitätsdirektion des Krankenhauses, dem die Tagesklinik angehört, alle organisatorischen Maßnahmen ergreift, damit alle Untersuchungen und die Bewertung des Operationsrisikos an einem einzigen Tag erfolgen können.

Die endgültige Auswahl des Patienten für eine tageschirurgische Behandlung oder sein Ausschluss ist durch die Bewertung des Operationsrisikos bedingt, die nach den Vereinbarungen des oben angeführten Operationsprotokolls durchgeführt wird. Alle Unterlagen sind in der Krankengeschichte zu sammeln. Das Krankenpflegepersonal wird dem ausgewählten Patienten alle erforderlichen Informationen für die Erledigung der Einweisung und der Entlassung geben, auch mit Hilfe von Broschüren.

Wird ein Patient von der Behandlung in der Tagesklinik ausgeschlossen, muss der Arzt einen kurzen Bericht zur Darlegung der Ausschlussgründe abfassen und der Krankengeschichte beilegen. Es wird dann der Entlassungsbogen abgeschlossen und der Zugang wird als Tagesklinik behandelt.

Verweigert ein Patient, der für die Behandlung in der Tagesklinik geeignet ist, die Behandlung, erhält er die Resultate der durchgeführten Untersuchungen erst, nachdem er sich an den Kosten beteiligt hat, wie dies für die ambulanten Leistungen vorgesehen ist; der Krankenhausentlassungsbogen samt klinischer Dokumentation, muss gemäß den bereits vom Gesetz vorgesehenen Modalitäten archiviert werden; in der Krankengeschichte muss die Annullierung des Aufenthaltes begründet werden, der als nicht in das nosologische Verzeichnis eingetragen wird.

## **2) *Eingriff und Beobachtung***

Angesichts der Tatsache, dass die in der Tageschirurgie behandelbaren Krankheiten häufig als „minderwertige“ Eingriffe angesehen werden, erfordert die Tageschirurgie, anders als man meinen könnte, erfahrene Ärzte und Krankenpfleger. Nach dem Eingriff wird der Patient in die Aufwachstation gebracht, wo sein Allgemeinzustand bewertet wird.

## **3) *Entlassung***

Die Entlassung des Patienten kann erfolgen, wenn die Vitalreflexe und die psychophysischen Funktionen wieder normal sind und er die psychomotorischen Fähigkeiten wieder gewonnen hat. Sollten postoperative Komplikationen auftreten, muss der Patient sofort in die Abteilung des Krankenhauses eingeliefert werden, dem die Tagesklinik angehört. Die Entlassung des Patienten, dem ein Brief an den behandelnden Arzt mit einer kurzen Beschreibung des durchgeführten Eingriffs ausgehändigt wird, erfolgt nach dem oben angeführten Protokoll. Außerdem muss dem Patienten eine Telefonnummer mitgeteilt werden, unter der er bei Bedarf in den 24 Stunden nach der Entlassung einen Sachbearbeiter des Operationsteams oder des Krankenhauses kontaktieren kann, dem die Tagesklinik zugehört. Das Pflegepersonal

wird den Angehörigen des Patienten alle erforderlichen Informationen für die Betreuung zu Hause erteilen.

#### **4) Postoperative Kontrollen**

Der behandelte Patient muss während des postoperativen Ablaufs vom medizinischen Personal der Tagesklinik regelmäßig untersucht werden. Der Entlassungsbogen muss in allen Teilen vollständig ausgefüllt und schließlich anlässlich der letzten Kontrollvisite abgeschlossen werden.

Wie man leicht ahnen kann, basiert die Organisation der Tagesklinik auf dem zuständigen Personal. Nur eine gute Ausbildung und eine perfekte Zusammenarbeit des Personals der Einheit führt zu effizienten Ergebnissen, die eine Eindämmung der Kosten ermöglicht und die Umsetzung dieses Organisationsmodells vorteilhaft macht.

Die Verfahren für die Leistungen vor und nach dem Eingriff sind mit eigener Maßnahme der Sanitätsdirektion geregelt.

### **Sanitäre Unterlagen**

Für die Einweisungen in die Tagesklinik ist, wie auch für die stationären Aufnahmen, eine Krankengeschichte auszufüllen. Diese Krankengeschichte, die sich von der für die stationäre Aufnahme unterscheidet, gilt als medizinisch-rechtliches Papier für die erfolgte Einweisung und muss alle Leistungen enthalten, die der Patient bei seinen verschiedenen Zugängen im Krankenhaus beansprucht hat.

Der Entlassungsbogen ist zu öffnen, wenn der erste geplante Kontakt mit dem Krankenhaus erfolgt, was auch für die Tagesklinik gilt, und abzuschließen am Tag, an dem der Patient die letzte Leistung im Zusammenhang mit der Behandlung oder dem Therapiezyklus erhält.

Wie bei der Krankengeschichte der stationären Aufnahme, ist auch für die Tagesklinik ein Krankenhausentlassungsbogen (KEB) auszufüllen, der die Zusammenfassung des Aufenthalts in der Tagesklinik darstellt und als einziges Dokument die Bezahlung der erbrachten Leistungen ermöglicht.

Bei der Entlassung wird dem Patienten ein Bericht für den behandelnden Arzt ausgehändigt, in dem die wichtigsten Daten der Einweisung, der Behandlung, die Verhaltensmaßnahmen im Falle von allfälligen Komplikationen und die Anweisungen zur Gewährleistung der erforderlichen Betreuung des Patienten in Not- und Dringlichkeitsfällen, sowie die nachfolgenden Kontrollen zu erfolgen haben.

Die Kontinuität der Betreuung wird über die vollständige Sammlung der klinischen Unterlagen gewährleistet, die sofort zur Verfügung gestellt werden muss, über die Verfügbarkeit des Arztes oder den engen Kontakt der Tagesklinik mit dem Hausarzt oder Vertrauenskinderarzt.

Sollte ein in der Tagesklinik behandelter Patient infolge von Komplikationen stationär in eine sanitäre Einrichtung für Akutpatienten aufgenommen werden, so ist der Entlassungsbogen für die Behandlung in der Tagesklinik vollständig auszufüllen und abzuschließen, wobei beim Posten „Entlassungsart“ die Kennnummer 12 (verlegt auf andere Einweisungsart (von Tagesambulanz auf stationär oder umgekehrt) und auf dem entsprechenden Entlassungsbogen der stationären Aufnahme beim Posten „Herkunft des Patienten“ die Kennziffer 8 (verlegt auf andere Einweisungsart (Tagesambulanz oder stationär) innerhalb des Hauses) einzutragen ist.

## **Stillschweigende Einwilligung**

Die Informationspflicht besteht in einer ausführlichen Information von Seiten des behandelnden Arztes an den Patienten über dessen Gesundheitszustand und die entsprechende Therapie.

Das heißt, dass der Patient das Recht hat, in seinem Fall klar und möglichst verständlich über die Anwendung der modernen Diagnose- und Behandlungstechniken informiert zu werden, besonders in einem Bereich wie die Chirurgie, die ständigen Neuerungen und Fortschritten unterliegt. Diese Überlegungen gelten besonders im Falle des Modells der Tageschirurgie.

Diese Informationen müssen vervollständigt werden mit:

- einer Informationsbroschüre, in der, neben den Informationen zu den erforderlichen Untersuchungen vor dem Eingriff, auch Informationen über die Vorbereitung des Eingriffs selbst, über die Diät, den Zugang zur Tagesklinik, die Anwesenheit einer Begleitperson, die Kleidung, usw. enthalten sind;
- einer Informationsbroschüre, die nach dem Eingriff auszuhändigen ist, in der die allgemeinen postoperativen Anleitungen enthalten, an die sich der Patient halten sollte, und die spezifischen postoperativen Anleitungen zum Eingriff, dem sich der Patient unterzogen hat, besonders hinsichtlich des Verhaltens bei Komplikationen, der Behandlung der postoperativen Schmerzen, die Einschränkungen und Aufnahme der normalen physischen Tätigkeit und der Arbeit, usw.;
- der schriftlichen Erklärung über den Erhalt aller vorher aufgelisteten Informationen und schriftliche Einwilligung in den Eingriff.

## **Überwachung der Tätigkeit**

Für die öffentlichen und privaten Einrichtungen, mit denen feste Verträge zur Lieferung von sanitären Leistungen abgeschlossen wurden, ist die in der Tagesklinik durchgeführte Tätigkeit getrennt von der normalen Krankenhaustätigkeit zu bewerten, wobei folgende Indikatoren zu berücksichtigen sind, welche die Belegung der Betten für die Erbringung der Leistungen der Tagesklinik beschreiben und deren Ziele erreicht werden müssen:

- d) Rotationsindex für jedes Bett nicht unter eins und nicht über zwei pro Betriebstag über sechs Stunden;
- e) Betrieb der Einrichtung mindestens zweihundertfünfzig Tage pro Jahr;
- f) Auslastungsgrad der Betten tendenziell gegen 100 Prozent bezogen auf die Richtwerte laut Buchstaben a) und b).

Ein Rotationsindex, d.h. die Anzahl der Patienten pro Bett am selben Tag, der für jeden Bettengleichwert mit einer Arbeitszeit von Schichten zu sechs Stunden konstant über zwei liegt, weist darauf hin, dass die erbrachten Leistungen nicht in Einklang sind mit den Eigenschaften, welche die Leistungen der Tagesklinik besitzen müssen.

Der Auslastungsgrad der äquivalenten Betten, berechnet aufgrund der tatsächlichen Öffnungstage (keinesfalls weniger als 250), dient zur Errechnung des Bedarfs an äquivalenten Betten, da, falls der Bedarf weit niedriger als 100 Prozent ist, die Bettenanzahl zu verringern ist, während er erhöht werden muss, wenn dieser Index konstant über 100 Prozent liegt.

Man empfiehlt die folgenden Indikatoren und Informationen, die für eine korrekte Bemessung der Tagesklinik unerlässlich sind, im Laufe der Zeit zu erheben und zu kontrollieren:

- Arbeitstage: tatsächliche Anzahl der offenen Tage, die zwischen 250 und 270 liegen muss;
- Rotationsindex: drückt die durchschnittliche Anzahl von Patienten aus, die im Laufe eines Jahres dasselbe Bett belegen;
- Anzahl der äquivalenten Betten: berechnet durch Division der Zugänge oder der Aufenthaltstage mit der Anzahl der Tage im Bezugszeitraum und durch den Rotationsindex;
- Bettenauslastungsrate: berechnet durch Division der jährlichen Zugänge oder der Aufenthaltstage mit der Anzahl der äquivalenten Betten multipliziert mit zwei und mit den Tätigkeitstagen, wobei alles in Prozentsätze zu setzen ist;
- jährliche Zugänge oder Aufenthaltstage;
- Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte pro Jahr;
- Anzahl der neuen Patienten pro Jahr;
- Anzahl der Zugänge oder der Aufenthaltstage in der Tagesklinik: berechnet durch Division jährlichen Zugänge mit der Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte;
- Durchschnittliche Tagesklinik-Aufenthalte pro betreuten Tagesklinikpatienten: Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte dividiert durch Anzahl der betreuten Patienten.

## **Bezahlung der medizinischen und chirurgischen Tagesklinik**

Für die öffentlichen und privaten Einrichtungen, mit denen feste Verträge zur Lieferung von sanitären Leistungen abgeschlossen wurden, ist man der Meinung, dass auch bei diesen, aufgrund der Gleichwertigkeit der stationären Aufnahmen und der Aufnahmen in die Tagesklinik, die spezifischen DRG-Tarife anzuwenden sind.

In Bezug auf die Aufenthalte in Tagesklinik mit Verfahren und Eingriffen gemäß Anlagen 1 und 2A, wird der gesamte Vorfall der Aufnahme in Tagesklinik, unabhängig von der Anzahl der Zugänge oder Aufenthaltstage, aufgrund des dem Krankheitsfall zugewiesenen DRG bezahlt. Hingegen, in Bezug auf die Aufenthalte in Tagesklinik mit Verfahren und Eingriffen gemäß Anlage 2B, wird der gesamte Vorfall der Aufnahme in Tagesklinik nach Anzahl der Zugänge und auf Grund der Präsenz von bestimmten Diagnosen in Primär- oder Sekundärdiagnose verrechnet.

Für Aufenthalte in der Tagesklinik zu Rehabilitationszwecken (Abt. 56.00) werden 80% der Tarife die für den stationären Reha-Aufenthalt vorgesehenen Finanzierungen verrechnet.

## **INTEGRIERTE - ODER FACHÜBERGREIFENDE AMBULANZEN**

Um qualifizierte Leistungen ohne Unannehmlichkeiten für den Bürger anbieten zu können, werden die Sanitätsbetriebe ermutigt, die Organisation der Ambulanzen so auszurichten, dass für den Bürger mit einem Zugang auch Leistungen in mehreren Fachbereichen möglich sind.

Die Vormerkung der Untersuchungen, bei denen mehrere Facharztbereiche eingebunden sind, sollten also in einer ähnlichen Art erfolgen, wie dies für die medizinische Tagesklinik bereits versuchsweise getan wurde.

Die Kriterien für den Betrieb und die Verwaltung werden mit einer späteren Maßnahme festgesetzt.

## **Angemessenheit und Qualität der Einweisungen**

Die in Tagesklinik erbrachten Leistungen müssen dem vorbestimmten Betreuungsverlauf entsprechen und im Rahmen des damit zusammenhängenden Diagnose-/Therapieprotokolls liegen.



Die nachfolgend angeführten Angemessenheitskriterien stellen eine Richtlinie für die Ausarbeitung/Überarbeitung der Behandlungswege dar.

- H) Infusionen von Flüssigkeiten im Allgemeinen oder von Medikamenten, wenn diese mindestens zweimal täglich verabreicht werden müssen;
- I) Injektion von Medikamenten mit maximaler Verabreichungsgeschwindigkeit, die wegen der möglichen lokalen und allgemeinen Nebenwirkungen, eine mögliche sofortige Schädigung des Herzens, der Muskulatur, der Atmung, des Nervensystems bewirken können, und deshalb hinsichtlich ihrer Verabreichungsgeschwindigkeit kontrolliert werden müssen;
- J) Funktionsmessungen nach pharmakologischer Stimulation oder mit Kontrastmitteln mit Aufzeichnung der Funktionsparameter über mindestens 2 Stunden
- K) Krankenpflegerische Leistungen und Beobachtungen mehrmals am Tag (mindestens 3)
- L) Chirurgische Eingriffe
- M) Diagnose- oder Behandlungsverfahren, welche die Nutzung eines chirurgisch ausgestatteten Raumes erfordern.
- N) ambulante Leistungen, wenn begründete klinische Bedingungen gegeben sind, die in der Krankengeschichte dokumentiert werden: z.B. Behandlungen von Patienten mit psychischen und psycho-physischen Störungen und/oder mit allgemeinen schweren Pathologien (für die vorgesehen ist, dass die Behandlung in einem geschützten Umfeld durchgeführt wird)

Falls bei den Kontrollen der durch die KEB-Arbeitsgruppe stichprobenmäßig erfassten Aufenthalte (der öffentlichen und privaten Einrichtungen, mit denen Verträge zur Lieferung von sanitären Leistungen abgeschlossen wurden), die kein Verfahren laut Listen Anlagen 1, 2A und 2B beinhalten, klinische Bedingungen oder objektive Begründungen festgestellt werden, welche die Erbringung von Leistungen in einer anderen Behandlungsform nicht ermöglicht haben (aus obgenannten Gründen in den Punkten A bis G), wird der Tarif überarbeitet und die entsprechende Modalität für die Kompensation festgelegt.