

Allegato 1:

Indicatore PNE "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni"

RAZIONALE

La colelitiasi è una condizione diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1.

La colecistite acuta è un'inflammatione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite.

La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Una condizione associata ad un più alto rischio di complicanze è la presenza di calcoli nel dotto biliare comune. Una delle complicanze della colecistectomia è costituita dalle lesioni delle vie biliari che, nel caso dell'intervento per via laparoscopica, occorrono nello 0,5-1% dei casi. La conversione dell'intervento con tecnica laparoscopica a tecnica laparotomica tradizionale viene effettuata quando il chirurgo giudichi che la prosecuzione dell'intervento laparoscopico comporta un aumento del rischio di complicanze per il paziente. La percentuale di conversione varia nella letteratura internazionale dal 0,6 al 13% ed è notevolmente influenzata dall'esperienza del team chirurgico.

Una analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume di colecistectomie ed esiti statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume.

L'indicatore "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario" misura la proporzione di interventi eseguiti in laparoscopia sul totale delle colecistectomie eseguite in regime di ricovero ordinario mentre l'indicatore "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario/day surgery" misura la proporzione di interventi laparoscopici sul totale degli interventi eseguiti in qualsiasi regime di ricovero.

Gli indicatori "Complicanze a 30 giorni da colecistectomia laparoscopica in regime ordinario" ed "Altro intervento a 30 giorni da colecistectomia laparoscopica in regime ordinario" misurano gli esiti a breve termine dell'intervento di colecistectomia laparoscopica eseguito in regime di ricovero ordinario, mentre gli indicatori "Complicanze a 30 giorni da colecistectomia laparoscopica in day surgery" ed "Altro intervento a 30 giorni da colecistectomia laparoscopica in day surgery" misurano gli esiti a breve termine dell'intervento di colecistectomia laparoscopica eseguito in regime di ricovero diurno. Tali indicatori possono misurare la qualità delle attività delle strutture chirurgiche.

Un'altra misura di esito, molto usata in letteratura per valutare le performance della struttura, riguarda la durata della degenza nel periodo post-operatorio. Per tale motivo è calcolato l'indicatore "Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni" poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni.

Essendo calcolati sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questi indicatori non possono tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico.

Dal momento che in letteratura è nota l'eterogeneità di offerta degli interventi effettuati in regime di ricovero diurno tra strutture e popolazioni, dovuta in parte a fattori come l'età, la gravità della colelitiasi o le comorbidità dei pazienti, viene calcolato l'indicatore "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery." che misura la proporzione di interventi

effettuati in day surgery o in regime di ricovero diurno. L'eterogeneità di offerta è valutata anche a livello di area di residenza del paziente calcolando l'indicatore "Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza complicanze".

Il valore di questi indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case-mix, di diversi fattori di rischio correlati al paziente; gli indicatori vengono pertanto aggiustati per età, gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità in grado di influenzare gli esiti degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ quality indicators (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Ultimo accesso: maggio 2014.
- Amato L, Colais P, Davoli M et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche dalla letteratura e dalle valutazioni empiriche in Italia. *Epidemiol Prev* 2013; 37 (2-3), marzo-giugno
- Booiy KA, de Reuver PR, Nijssen B et al. Insufficient safety measures reported in operation notes of complicated laparoscopic cholecystectomies. *Surgery*. 2014 Mar;155(3):384-9.
- Damiani G, Pinnarelli L, Sammarco A et al. Postoperative pulmonary function in open versus laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis of the Tiffenau index. *Dig Surg*. 2008;25(1):1-7.
- Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA. Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Prev*. 2005;29(3-4 Suppl):3-63.
- Flum DR, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L, Koepsell T. Intraoperative cholangiography and risk of common bile duct injury during cholecystectomy. *J Am Med Assoc* 2003; 289: 1639-44.
- Gadacz TR. Update on laparoscopic cholecystectomy, including a clinical pathway. *Surg Clin North Amer* 2000; 80: 1127-49.
- Gurusamy KS, Samraj K, Fusai G et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for biliary colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD007196.
- Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
- Keus F, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD008318.
- Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, Sherman S, McHenry L, Watkins JL, Canal DF, Lehman GA. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. *Gastrointest Endosc* 2007;65(2):247-52.
- National Institute for Clinical Excellence. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: guidance. NICE interventional procedure guidance IPG346. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 Available from: <http://guidance.nice.org.uk/IPG346>
- Ros A, Gustafsson L, Krook H, Nordgren CE, Thorell A, Wallin G et al. Laparoscopic cholecystectomy versus mini-laparotomy cholecystectomy: a prospective, randomized, single-blind study. *Ann Surg* 2001; 234: 741-9.
- Schietroma M, Carlei F, Cappelli S, Pescosolido A, Lygidakis N J, Amicucci G. Effects of cholecystectomy (laparoscopic versus open) on PMN-elastase. *Epatogastroenterology* 2007;54 (74):342-5.
- Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr Gastroenterol Rep* 2005;7(2):132-40.
- Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, et al. Laparoscopic cholecystectomy. The new gold standard? *Arch Surg* 1992; 127: 917-923.
- Tenconi SM, Boni L, Colombo EM et al. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients' selection. *Int J Surg*. 2008;6 Suppl 1:S86-8. Epub 2008 Dec 14.
- Walker T. Biliary injury after laparoscopic cholecystectomy: why still a problem? *Gastroenterology* 2008;134(3):894-5.