



Implementare il percorso clinico assistenziale dell'ernia inguinale

Soncini F¹, Gentile C¹, Benedetti A², Ricco R², Iori L³, Costi F³, Mazzi G⁴, Pocaforza M⁵, Magnani A⁵, Montella MT⁵, Marino M⁶

¹ Direzione Medica, ² Direzione Assistenziale, ³ Case Manager, ⁴ frequentatore volontario ingegneria gestionale presso il servizio gestione operativa, ⁵ Direzione Gestione Operativa, ⁶ Governo Clinico

Introduzione

Il trattamento chirurgico dell'ernia inguinale è un intervento frequente, risultando infatti, con il taglio cesareo e la protesi di anca, tra i primi di DRGs in ambito chirurgico, con un rapporto variabile da Paese a Paese (10 ogni 100.000 abitanti in Inghilterra e 328 su 100.000 abitanti negli USA).

La prevalenza nella popolazione maschile è pari al 25% ed il tasso di recidiva varia dal 3% al 8%. Inoltre il 96% dei casi è programmato^{1,2}.

Oltre alle considerazioni di natura epidemiologica, peraltro numericamente rilevanti, si evidenzia come dalle diverse tecniche chirurgiche ed anestesologiche possano derivare impatti organizzativi assai differenti.

Le recenti indicazioni di letteratura consigliano la tecnica *open* rispetto alla laparoscopica in quanto i pazienti sono soggetti a complicanze post-operatorie nel 33.4% dei casi rispetto al 39% della tecnica laparoscopica. Inoltre vi sono complicanze maggiori (decesso) nel 0.1% dei casi vs 1.1%, e recidive rispettivamente pari al 4.9% vs 10.1%³.

La tecnica *open* è consigliata anche in termini di costi. I fattori considerati dalla letteratura includono infatti: durata dell'intervento sala, attrezzature (poliuso vs monouso), degenza media (2 giorni per la laparoscopica, vs day surgery di norma previsto per la tecnica *open*), nonché i costi⁴. Per quanto attiene alla tecnica anestesologica è dimostrato come il ricorso all'anestesia spinale non comporti maggiori benefici, ma aumenti piuttosto il rischio di ritenzione urinaria. Risulta dunque opportuno limitarne l'utilizzo.

In uno studio prospettico randomizzato nel quale sono stati arruolati 616 pazienti sottoposti a riparazione di ernia inguinale con tecnica *open*, l'uso di anestesia locale ha ottenuto meno dolore e nausea nel postoperatorio, minor tempo nella *recovery room* (3ore vs 6.20 ore), ed una riduzione dei ricoveri notturni non programmati (3% contro 14% e 22%)⁵. Il regime di degenza nella letteratura anglosassone è *outpatient* anche per le classi ASA a maggior rischio, 3 e 4 (i dati AHRQ riportano che il 90% dei pazienti che effettua tale intervento non viene ricoverato)⁶.

Bibliografia

1. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008;336(7638):269-72
2. Endoscopic component separation technique Inguinal Hernia epidemiology January 2017
3. Simons MP, Aufenacker T, et Al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):343-403.
4. O'Boyle CJ, Royston CM at Al Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial (*Br J Surg* 2001; 88: 653-61).
5. Nordin P, Zetterström H et Al. Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomised trial. *Lancet*. 2003 Sep 13;362(9387):853-8.
6. AHRQ quality indicator <https://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Materiali e metodi

La Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia ha analizzato la casistica trattata nella Provincia di Reggio Emilia nell'anno 2017, rispetto alle indicazioni di letteratura.

La coorte in esame è stata identificata utilizzando il flusso SDO regionale (Schede di Dimissione Ospedaliera) selezionando: regime di ricovero (ordinario, DH programmato, programmato con preospedalizzazione, oppure con accesso non indicato); strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, intra ed extra Regione (mobilità passiva inclusa se disponibile), soggetti ovunque residenti (mobilità attiva inclusa), degenza a carico del SSN DRG di tipo chirurgico.

Gli interventi in esame sono stati selezionati utilizzando l'MPR (Primo intervento di sala operatoria usato dal grouper ai fini dell'attribuzione del DRG). L'intervento selezionato è la riparazione di ernia inguinale monolaterale (ICD 9-CM 53.0x) o bilaterale (ICD 9-CM 53.1x). Il ricovero è stato attribuito alla struttura relativa alla prima disciplina di CHIRURGIA GENERALE (009) riportata, in ordine cronologico, nella SDO.

Sono stati calcolati i volumi di attività per stabilimento e di Azienda erogante, la degenza ospedaliera, il regime di ricovero, la classificazione anestesologica del paziente (classe ASA) e la tecnica chirurgica utilizzata. Quest'ultima è stata classificata come "laparoscopica" se, in aggiunta ai codici di intervento per ernia, è stato trovato il codice ICD9-CM 54.21.

Risultati

Le ernie inguinali trattate nel 2017 sono state 1370. La tecnica laparoscopica risulta effettuata nel 2.2% dei casi, in linea con i dati di letteratura. Per contro, rimane elevato il numero di ricoveri ordinari, pari al 19,6%. Per quanto riguarda la tecnica anestesologica, le ernie in spinale o con blocco periferico, sono state il 25,6% sul totale e non risultano avere alcuna correlazione con la classe ASA. Il tasso di intervento è pari a 250 per 100.000 abitanti ed è il più elevato in Regione E-R. Per ottimizzare il percorso e l'utilizzo delle risorse, è indispensabile migliorare l'appropriatezza del setting di ricovero e la formazione degli operatori alle tecniche anestesologiche loco regionali.

Parole chiave

ernia inguinale,
appropriatezza,
epidemiologia