

Protocollo interno di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nella Casa di Cura San Luca

Introduzione.

Negli ultimi anni il termine appropriatezza è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria.

Al di là delle percezioni individuali, il termine appropriatezza, riferito a interventi, servizi e prestazioni sanitarie, si articola attraverso una serie di sfumature concettuali che richiedono un preciso inquadramento, al fine di creare un linguaggio comune che permetta a tutti gli attori del sistema sanitario (professionisti, decisori, utenti e controllori) di capire che “ stiamo parlando della stessa cosa”.

Un intervento (o servizio, o prestazione) sanitario può essere definito appropriato secondo due prospettive, assolutamente complementari:

- professionale : se è di efficacia provata, se viene prescritto solo per le indicazioni cliniche per le quali è stata dimostrata l'efficacia e se gli effetti sfavorevoli sono “accettabili” rispetto ai benefici;
- organizzativa : se l'intervento viene erogato in condizioni tali (setting assistenziale, professionisti coinvolti) da “consumare” una appropriata quantità di risorse.

Nel nostro caso, dell'unica U.O. di Chirurgia Maxillo Facciale presente nella Casa di Cura, con 24 p.l. di degenza ordinaria e, da poco tempo, 3 p.l. di day surgery, va evidenziata, valutata ed eventualmente implementata la proposta organizzativa al fine di un razionale utilizzo del ricovero (ordinario o D.S.), quale unico metodo possibile, all'interno della Casa di Cura, di erogazione della prestazione, avendo sempre come obiettivo la sicurezza e la salute del paziente nel rispetto delle risorse limitate.

Di seguito viene analizzata la proposta organizzativa adottata per un razionale utilizzo del ricovero.

Proposta organizzativa per un razionale utilizzo del ricovero nell'unica U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale

Questo documento nasce dall'esigenza di fornire alle strutture deputate al controllo, nel rispetto del contratto sottoscritto con l'ASP di riferimento, un protocollo interno di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di chirurgia maxillo-facciale effettuate in ambiente ospedaliero, con particolare riferimento al ricovero.

La problematica nasce dal fatto che in ambito ospedaliero, in reparti di chirurgia maxillo-facciale, devono essere risolte situazioni cliniche non risolvibili altrove.

Per esempio, un paziente coagulopatico o immunodepresso affetto da un banale ascesso odontogeno, deve essere ospedalizzato dato l'elevato rischio clinico, in alcuni casi anche in assenza di indicazioni al trattamento chirurgico.

Essendo questa esperienza comune sul campo, il sottoscritto, insieme al Responsabile di U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale ed agli Aiuti Medici presenti in struttura ha provveduto alla stesura di questo documento quale protocollo interno di verifica delle prestazioni e come contributo all'organizzazione del settore.

Il Reparto Ospedaliero di Chirurgia Maxillo Facciale in Italia.

Le Strutture o Unità Operative di Chirurgia Maxillo-Facciale sono in genere Reparti Ospedalieri di diagnosi e terapia, in prevalenza chirurgica, per patologie del cavo orale e del massiccio facciale (**vedi definizione enciclopedia libera online Wikipedia**).

Nel nostro caso, la primitiva convenzione con l'allora Usl di Paola, definì finanche nel dettaglio i campi di azione che, oggi, vanno evidentemente aggiornati in virtù delle modifiche normative in Sanità.

Il Personale medico della Casa di Cura

Il personale medico della Struttura è rappresentato in genere da un Direttore di Struttura o Unità Operativa e da un numero variabile di Dirigenti, Aiuti e Assistenti Medici, talora Odontoiatri. In alcuni casi sono presenti Consulenti e Specialisti con prestazioni occasionali o libero professionali. E' presente un Responsabile del Servizio di Anestesia, un Responsabile del Servizio di Radiologia, un Biologo per il Laboratorio Analisi ed un Tecnico di Laboratorio e di Radiologia.

Organizzazione dell'attività lavorativa.

L'offerta assistenziale è organizzata nell'intero arco delle 24 ore con la costante presenza di personale medico specialista e paramedico infermieristico di reparto.

L'attività chirurgica si espleta in tre giornate di sedute operatorie della durata di circa 6 ore l'una (nelle giornate di martedì e giovedì mattina e venerdì pomeriggio) con la presenza costante di almeno 3 professionisti medici specialisti e/o odontoiatri, un anestesista, due infermieri professionali e uno o due ausiliari specializzati.

L'attività è di chirurgia maxillo-facciale (prevalenza di chirurgia orale) in soggetti sani e/o in soggetti a rischio per patologia medica concomitante, soggetti allergici o soggetti non collaboranti, che necessitano di trattamenti terapeutici in ambiente sanitario protetto.

E' bene precisare, cosa che si evince da una vasta bibliografia consultabile online, che non è possibile distinguere nettamente l'attività di chirurgia maxillo-facciale e chirurgia orale od odontostomatologica, dato che l'area di competenza specifica è in comune tra le diverse discipline

(Chirurgia Maxillo-Facciale, Odontoiatria ed anche Otorinolaringoiatria per quanto riguarda la patologia delle mucose del cavo orale e dei seni mascellari), e la stessa classificazione di patologie e procedure è spesso sovrapponibile.

L'attività clinica, in assenza di Pronto Soccorso, si espleta essenzialmente con ricovero programmato del paziente (ordinario o day surgery), sempre su proposta del medico curante o trasferimento ospedaliero, in due giorni di degenza media (48h) in caso di ricovero ordinario.

Da poco la struttura è dotata di 3 p.l. in Day Surgery e, compatibilmente con la certezza di garanzia di sicurezza del paziente e le valutazioni clinico-organizzative, anche su invito degli Organismi di Controllo (NOAC ASP), si sta sempre più implementando tale metodologia assistenziale.

Il ricovero in giornata o Day Surgery (anche con più accessi e con possibilità di pernottamento e degenza in genere inferiore alle 36 ore), è certamente una modalità organizzativa sempre più utilizzata in sanità ospedaliera, che permette alcuni vantaggi gestionali, dati dalla predeterminazione e riduzione dei costi, con un adeguato livello di efficienza.

I vantaggi per i pazienti sono la possibilità di mantenere sostanzialmente immutate le abitudini di vita, la riduzione del periodo di invalidità, un ambiente più sereno, la costante presenza dei familiari, il rischio ridotto di infezioni ospedaliere.

Gli svantaggi maggiori, per chi si occupa direttamente della gestione clinica, sono dati, soprattutto in chirurgia, dall'inadeguatezza della valutazione dei parametri clinico statistici di attività del paziente, dalla minore possibilità per il paziente di evitare più accessi a fronte di un ricovero medio di due giorni con annesso intervento chirurgico, nonché da un minor grado di sicurezza e dalla possibilità di immediato intervento riguardo a complicazioni post-chirurgiche (emorragia, tumefazione dolente e febbre) del paziente in seconda giornata.

Il ricovero ordinario si espleta mediamente nella Casa di Cura con degenze non superiori ai due giorni e in cui si svolge in prima giornata l'attività diagnostica clinico strumentale preoperatoria, nonché la eventuale profilassi e le consulenze specialistiche, in seconda giornata l'intervento chirurgico, la terapia mirata ed il controllo delle possibili complicanze, in terza giornata, in assenza di complicanze, le dimissioni.

I vantaggi per il paziente (spesso a rischio, anziano e residente lontano dal luogo di cura) sono certamente quelli di evitare più accessi nella struttura e accorparli in una degenza ordinaria di 2 gg, di avere una più accurata fase preoperatoria (quindi maggiore sicurezza), di prevedere una adeguata e monitorata profilassi e terapia post-operatoria, con controllo in ambiente sanitario protetto di ogni possibile complicanza (febbre, emorragia, tumefazione dolente).

E' bene infatti precisare nell'occasione che i ricoveri nella U.O. della Casa di Cura sono tutti chirurgici, mai medici, e che, anche in ogni intervento su soggetto sano (avulsione denti inclusi), è spesso interessato l'osso mascellare (anche l'estrazione di un ottavo incluso prevede sempre una osteotomia d'accesso).

Di contro, un'estrazione dentaria chirurgica semplice in soggetto sano e collaborante, per esempio, è certamente di competenza odontoiatrica, e quindi gestibile negli ambulatori privati o dei Distretti del Territorio.

La stessa procedura, in soggetto "a rischio" o non collaborante, diventa di competenza ospedaliera, talora effettuata in reparti di odontoiatria o chirurgia maxillo-facciale (vedi vasta bibliografia online).

La definizione degli ambiti di competenza è condizionata non solo dal tipo di patologia, ma anche dalle condizioni generali del paziente, dall'età, dalla localizzazione della patologia, dalle dimensioni, nonché dall'istotipo dell'eventuale lesione.

Dato quanto sopra, si può evidenziare che, soprattutto in passato, evidentemente per motivi socio economici o lievi difficoltà tecniche esecutive con possibili complicanze postume, vi è stato un

eccesso di richiesta di prestazioni chirurgiche inappropriate, come per esempio estrazioni dentarie semplici o complicate in pazienti **non a rischio**, ed in tale direzione, al fine di rendere appropriata l'offerta e le modalità di erogazione delle prestazioni, si è emanata *apposita direttiva indirizzata ai medici di reparto deputati all'accettazione e alla verifica delle motivazioni del ricovero con l'indicazione chiara di porre in essere anche l'eventuale diniego del ricovero stesso, previo contatto con il medico di base del paziente estensore della proposta.*

Tale direttiva è fondata sulla verifica di una domanda in cui la ragione del ricorso al trattamento in struttura specialistica ospedaliera è scarsamente motivato da reali rischi del trattamento ambulatoriale territoriale.

Oltre a questo, si è verificata *l'esigenza di una adeguata classificazione delle prestazioni erogabili con ricovero ordinario o in giornata, tenendo conto dei codici di patologia* corrispondenti alle indicazioni cliniche, comprese le patologie concomitanti, ed ai **codici di procedura combinata** che realmente descrivano la complessità degli atti chirurgici, se necessario "per analogia" con procedure simili (per esempio, la classificazione della procedura chirurgica di osteotomia di accesso con codice 76 per un'estrazione di un elemento dentario incluso non codificabile come semplice estrazione chirurgica dentaria).

Di seguito i criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso dei pazienti al ricovero (ordinario e/o Day Surgery) adottati nella CASA DI CURA SAN LUCA.

Criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso al ricovero (80% Day surgery o ricovero ordinario di 1 giorno) dei pazienti sani nella U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale.

Ricovero ordinario in giornata o Day Surgery in Assistenza Anestesiologica

Criteri di inclusione

- Trattamento chirurgico di lesioni cistiche in contiguità con strutture anatomiche delicate (seno mascellare, nervo mandibolare, ecc.) ed eventuale apicectomia di elementi dentari interessati.
- Trattamento chirurgico di ampie lesioni cistiche delle ossa mascellari.
- Avulsione chirurgica di elementi dentari in inclusione ossea totale o parziale, in stretto rapporto con il canale mandibolare o il seno mascellare, sempre con osteotomia d'accesso.
- Trattamento chirurgico di asportazione di neoformazioni dei tessuti molli con istoanalisi.
- Trattamenti chirurgici ed odontoiatrici su soggetti con elevato ed incontrollabile stato d'ansia (paziente Odontofobico).

- Bonifica dentaria con estrazione in un'unica seduta di almeno 6 elementi dentari e conseguente chirurgia preprotetica, alveolo plastica o gengivoplastica.
- Implantologia funzionale in soggetto con edentulia totale o sub totale.

Criteria di esclusione

- Estrazioni chirurgica di pochi elementi dentari e/o in assenza di anomalie radicolari marcate
- Estrazioni chirurgiche di ottavi sottomucosi o erotti in arcata, privi di anomalie radicolari
- Riabilitazione protesica estetico-implantologica
- Sindrome algico disfunzionale dell'ATM senza approccio chirurgico
- Rimodellamento nasale estetico e non funzionale

In questi casi per il trattamento non è necessaria la Struttura Ospedaliera. Lo stesso dovrebbe essere effettuato presso gli Ambulatori privati e/o pubblici specialistici del Territorio.

In alcuni casi la motivazione estetica non è motivo valido per una prestazione gratuita a carico del SSN.

Criteria di inclusione per l'accesso al ricovero nella U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale anche per piccoli interventi di Chirurgia Orale su pazienti "a rischio", per patologia medica concomitante.

Ricovero ordinario o Day Surgery in Assistenza Anestesiologica

Criteria di inclusione

- Pazienti in trattamento anticoagulante con INR e PT PTT alterati.
- Pazienti cardiopatici con pregresso infarto, ictus, dispnea per piccoli sforzi, aritmia mal controllata, stabilità border-line, con altra patologia sistemica concomitante.
- Pazienti ipertesi, non stabilizzati, con scarsa risposta alla terapia e soggetti a possibile emorragia
- Pazienti ossigeno-dipendenti.
- Pazienti disabili, neuropatici scompensati, con neuropatia degenerativa o post-ischemica con scarsa capacità collaborativa.
- Pazienti allergici o intolleranti a farmaci di comune uso in odontoiatria e chirurgia maxillo-facciale o orale, con rischio per complicazione sistemica, che necessitano di profilassi e assistenza anestesiologica durante l'intervento.

- Pazienti affetti da patologia sistemica grave, quali immunopatie, emopatie, disturbi secondari della coagulazione, epatopatie croniche.
- Pazienti in attesa di trapianto d'organo o trapiantati.
- Pazienti (epilettici) in trattamento anticonvulsivante.
- Pazienti diabetici maggiormente inclini alle infezioni ricorrenti.

INDICAZIONI ASSOLUTE AL RICOVERO ORDINARIO.

Si precisa che, per tali pazienti a rischio, il ricovero è di tipo ordinario ogni qualvolta si è di fronte a soggetti over 65, che risiedono ad oltre un'ora di viaggio dalla Casa di Cura o pazienti anche sani sottoposti ad anestesia generale e/o neuroleptoanalgesia (si consulti vasta bibliografia su controindicazioni relative all'utilizzo del Day Surgery in Chirurgia oltre che Regolamenti sul corretto utilizzo del Day Surgery presenti in alcune Regioni d'Italia).

Il Direttore Sanitario