

20 marzo 2013

RISULTATI DI UNA SURVEY REGIONALE SUI PROGRAMMI AZIENDALI PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

Introduzione

L'obiettivo della survey è raccogliere informazioni su gli assetti organizzativi utilizzati dalle Aziende Sanitarie per pianificare e facilitare l'intero percorso clinico dell'anziano con frattura di femore, paziente nel quale si concentrano condizioni di fragilità multifattoriale, sociale e sanitaria.

Da alcuni anni, nell'ambito della Commissione Ortopedica regionale, l'Area di Programma Governo Clinico dell'ASSR, in collaborazione con il Servizio Presidi Ospedalieri, svolge attività di monitoraggio delle performance delle strutture ospedaliere regionali relativamente ad alcuni indicatori, scelti in base alle evidenze di letteratura e alle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (http://151.1.149.72/pne11_new/).

La tempestività dell'intervento chirurgico, fattore cruciale per il buon esito dell'intero percorso di cura, rappresenta un aspetto di particolare rilevanza nel monitoraggio poiché risente in larga misura di fattori dipendenti dall'organizzazione ospedaliera, come l'utilizzo delle sale operatorie, la formalizzazione all'interno della struttura di un team multidisciplinare e multiprofessionale per l'assistenza in tutte le fasi del processo, la condivisione di protocolli per la gestione perioperatoria del paziente; i dati SDO dimostrano una rilevante variabilità intraregionale, anche se nell'ultimo anno si registra un netto miglioramento delle performance di tutti i centri.

Il questionario si propone di evidenziare le caratteristiche dei programmi aziendali a dicembre 2011; le informazioni sono relative ai 34 ospedali in cui la patologia viene trattata, con un numero minimo di 50 casi all'anno (17 in Area Vasta Nord, 10 in Area Vasta Centro, 7 in Area Vasta Romagna).

Risultati

1. IL PROGRAMMA MULTIDISCIPLINARE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

A dicembre 2011, in Regione Emilia-Romagna sono 9 le Aziende Sanitarie che hanno formalizzato un programma multidisciplinare da più di un anno (AUSL PC, AOU PR, AO RE, AOU MO, AUSL BO, AOU BO, AOU FE, AUSL FO, AUSL Cesena), per un totale di 11 ospedali coinvolti; quelle in cui il programma è formalizzato da meno di un anno sono 2 (AUSL PR, IOR) per un totale di 4 ospedali coinvolti. Le Aziende Sanitarie in cui il programma non è formalizzato sono 6 (AUSL RE, AUSL MO, AUSL Imola, AUSL FE, AUSL RA, AUSL RN), per un totale di 19 ospedali.

2. LE AZIENDE SANITARIE E GLI OSPEDALI DI TRATTAMENTO

Le strutture ospedaliere regionali in cui vengono trattati i pazienti anziani con frattura di femore sono 34; di queste, 21 utilizzano sedute anche pomeridiane per la chirurgia ortopedica e 17 utilizzano la sala operatoria anche nelle ore notturne e/o nel fine settimana. In 26 ospedali l'organizzazione delle sale operatorie prevede la separazione tra interventi programmati e urgenti, mentre nei restanti 8 ospedali le urgenze, tra le quali l'intervento di frattura di femore nell'anziano, vengono inserite nella lista operatoria predisposta per gli interventi di elezione. La probabilità che l'organizzazione delle sale preveda la separazione tra elezione e urgenza è maggiore per le strutture ospedaliere in cui è attivato un programma rispetto agli ospedali in cui il programma non è attivo (93% vs 63%) (tabella 1). Si osserva anche una maggiore probabilità che, negli ospedali in cui la programmazione delle sale che prevede la separazione tra interventi programmati e urgenti rispetto a quelli in cui la programmazione è destinata esclusivamente agli interventi di elezione, le sale operatorie siano utilizzate al pomeriggio (65% vs 50%), ma soprattutto nella notte/fine settimana (62% vs 13%) (tabella 2).

Tabella 1. Programma multidisciplinare formalizzato e tipo di programmazione delle sale

Programma multidisciplinare formalizzato	separazione tra interventi programmati e urgenti				Totale
	No		Si		
	N.	%	N.	%	
No	7	37%	12	63%	19
Si	1	7%	14	93%	15
Totale	8	24%	26	76%	34

Tabella 2. Tipo di programmazione delle sale e loro utilizzo al pomeriggio e fine settimana

Tipo organizzazione	Sedute pomeridiane					Interventi di notte e nel fine settimana				
	No		Si		Totale	No		Si		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
Separazione tra int. programmati e urgenti	9	35%	17	65%	26	10	38%	16	62%	26
Solo interventi programmati	4	50%	4	50%	8	7	88%	1	13%	8
Totale	13	38%	21	62%	34	17	50%	17	50%	34

3. IL COINVOLGIMENTO DEI PROFESSIONISTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

La gestione del paziente anziano con frattura di femore coinvolge diverse figure professionali con specifiche competenze; i modelli più innovativi fanno riferimento al principio di collaborazione attiva dei professionisti all'interno di un team multidisciplinare e multiprofessionale, riconosciuto come lo strumento clinico-organizzativo capace di ottimizzare il percorso del paziente, dall'ammissione in ospedale alla dimissione, e di incidere positivamente su gli esiti di salute.

Le figure professionali che le Aziende dichiarano essere formalmente coinvolte con maggiore frequenza sono

∅ in fase pre-chirurgica: ortopedico (34/34 ospedali), anestesista (32/34), geriatra (22/34), medico di PS (11/34)

∅ in fase post-chirurgica intraospedaliera: ortopedico (34/34 ospedali), infermiere o case manager (33/34), fisioterapista (33/34), fisiatra (31/34), geriatra (26/34).

La tabella 3 mostra che nelle strutture ospedaliere in cui è attivato un programma la probabilità che la gestione del percorso preveda la presenza del geriatra è maggiore rispetto a quelle in cui il programma non è attivo, sia in fase pre-chirurgica (73% vs 58%) che post-chirurgica (87% vs 68%); negli ospedali in cui non è attivato un programma il geriatra, se presente, risulta coinvolto ma non responsabile della gestione del percorso (salvo in un singolo ospedale e solo in fase post-chirurgica), mentre quando è attivato un programma il geriatra, se presente, è co-responsabile in 4/11 ospedali in fase pre-chirurgica e in 10/13 ospedali in fase post-chirurgica.

Tabella 3. Programma multidisciplinare formalizzato e coinvolgimento del geriatra

Programma multidisciplinare formalizzato	Geriatra coinvolto in pre-ch					Geriatra coinvolto in post-ch intraosp.				
	No		Si		Totale	No		Si		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
No	8	42%	11	58%	19	6	32%	13**	68%	19
Si	4	27%	11*	73%	15	2	13%	13***	87%	15
Totale	12	35%	22	65%	34	8	24%	26	76%	34

* di cui, in 4 il geriatra è co-responsabile nella gestione del percorso

** di cui, in 1 il geriatra è co-responsabile nella gestione del percorso

*** di cui, in 10 il geriatra è co-responsabile nella gestione del percorso

L'ultima fase del percorso, quella che comprende la programmazione di un piano di dimissione con continuità assistenziale, è curata da un team di lavoro multidisciplinare (costituito da professionisti ospedalieri e delle cure primarie) in 22/34 ospedali. La probabilità che la gestione del percorso preveda la presenza di un team di lavoro per il piano di dimissione è molto maggiore nelle strutture ospedaliere in cui è attivato un programma rispetto a quelle in cui il programma non è formalizzato (93% vs 42%) (tabella 4).

Tabella 4. Programma multidisciplinare formalizzato e presenza di un team multidisciplinare per il piano di dimissione

Programma multidisciplinare formalizzato	team multidisciplinare x piano dimissione				Totale
	No		Si		
	N.	%	N.	%	
No	11	58%	8	42%	19
Si	1	7%	14	93%	15
Totale	12	35,3	22	64,7	34

4. IL PROGRAMMA MULTIDISCIPLINARE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE: procedure e protocolli

Tutte le Aziende Sanitarie, comprese quelle in cui non è attivo un programma formalizzato, sono dotate di strumenti per la gestione del percorso; abbiamo voluto verificare in quale misura la presenza del programma influenza la disponibilità di procedure e protocolli raccomandati dalle LG internazionali.

a.PROTOCOLLI in PS: accertamenti diagnostici e trattamento del dolore

Il sospetto diagnostico di frattura di femore in un paziente anziano richiede una tempestiva valutazione, al fine della rapida prosecuzione del percorso di cura (reparto/sala operatoria) e del trattamento del dolore. La presenza di protocolli condivisi e formalizzati costituisce un requisito di qualità di questa prima fase del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA). Protocolli per accertamenti diagnostici sono presenti in 23 ospedali, protocolli per il trattamento del dolore sono presenti in 22 ospedali.

Si osserva una maggiore probabilità di disporre di protocolli per il trattamento del dolore in Pronto Soccorso negli ospedali in cui è attivo un programma rispetto a quelli in cui il programma non è formalizzato (73% vs 58%); viceversa, non si osservano differenze tra i due gruppi di ospedali riguardo la probabilità di disporre di protocolli diagnostici in fase pre-ospedaliera (67% vs 68%) (tabella 5).

Tabella 5. Programma multidisciplinare formalizzato e protocolli in Pronto Soccorso

Programma multidisciplinare formalizzato	Protocolli per accertamenti diagnostici in PS					Protocolli per trattamento del dolore in PS				
	No		Si		Totale	No		Si		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
No	6	32%	13	68%	19	8	42%	11	58%	19
Si	5	33%	10	67%	15	4	27%	11	73%	15
Totale	11	32%	23	68%	34	12	35%	22	65%	34

b.PROTOCOLLI PRE-OPERATORI: gestione trattamento antiaggregante/anticoagulante

L'utilizzo dei farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, molto diffuso specie nei pazienti anziani, può produrre una consistente posticipazione della chirurgia anche in pazienti clinicamente stabili. La letteratura fornisce indicazioni per i protocolli di reversibilità degli anticoagulanti orali. Più controversa è la gestione medica della terapia con antiaggreganti a lunga durata d'azione, anche se le linee guida concordano sulla considerazione che il trattamento con antiaggreganti piastrinici non giustifica un ritardo preoperatorio ma può condizionare, ad esempio, una indicazione verso tecniche anestesilogiche periferiche.

In 24 ospedali sono presenti protocolli di trattamento pre-operatorio, formalizzati ed approvati dalla Direzione Aziendale, per la gestione dei pazienti in terapia antiaggregante mentre in 27 ospedali sono presenti protocolli per la gestione della terapia anticoagulante. Nelle strutture ospedaliere in cui è attivo un programma formalizzato si riscontra una più elevata probabilità, rispetto alle strutture in cui il programma non è formalizzato, di disporre di protocolli per la gestione della terapia antiaggregante (80% vs 63%) e, soprattutto, anticoagulante (100% vs 63%) (tabella 6).

Tabella 6. Programma multidisciplinare formalizzato e protocolli pre-operatori

Programma multidisciplinare formalizzato	Protocolli per terapia con antiaggreganti					Protocolli per terapia con anticoagulanti				
	No		Si		Totale	No		Si		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
No	7	37%	12	63%	19	7	37%	12	63%	19
Si	3	20%	12	80%	15	0	0%	15	100%	15
Totale	10	30%	24	70%	34	7	20%	27	79%	34

c. MOBILIZZAZIONE E RIABILITAZIONE PRECOCE

La rapida ripresa della mobilità dopo l'intervento chirurgico rappresenta un aspetto fondamentale del percorso del paziente anziano con frattura di femore, perché riduce l'incidenza delle complicanze e la durata della degenza; la tempestività della presa in carico riabilitativa facilita la ripresa funzionale e migliora gli esiti di salute del paziente. L'importanza della riabilitazione precoce è evidentemente un fattore assai diffuso nelle Aziende sanitarie, visto che in 30/34 ospedali si effettua mobilizzazione precoce (entro 24 ore) dall'intervento e in 31/34 ospedali si effettua la presa in carico riabilitativa precoce (entro 48 ore) dall'intervento; non si osservano differenze a seconda della presenza o meno del programma formalizzato (tabella 7).

Tabella 7. Programma multidisciplinare formalizzato e riabilitazione precoce

Programma multidisciplinare formalizzato	Mobilizzazione entro 24 h					Presa carico riabilitativa entro 48 h				
	No		Si		Totale	No		Si		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
No	2	11%	17	89%	19	2	11%	17	89%	19
Si	2	13%	13	87%	15	1	7%	14	93%	15
Totale	4	12%	30	88%	34	3	9%	31	91%	34

Considerazioni conclusive

La survey regionale è stata promossa dalla Commissione Ortopedica regionale con l'obiettivo di identificare ed esaminare le cause di natura organizzativa che contribuiscono a determinare performance non adeguate nel percorso del paziente anziano con frattura di femore in Regione Emilia-Romagna, rilevate dall'analisi degli indicatori di attività ed esito. Da anni, la Commissione valuta i profili di attività delle strutture operative attraverso un set di indicatori rilevati dall'ASSR, in accordo con i criteri di valutazione del Piano Nazionale Esiti (PNE). In particolare, l'indicatore "% intervento entro 2 gg" misura la tempestività del trattamento chirurgico della frattura di femore nell'anziano, fattore correlato agli esiti di salute¹ che risente in larga misura dell'organizzazione ospedaliera e delle sale operatorie². Il dato regionale medio relativo a questo indicatore è tuttora insoddisfacente rispetto agli standard internazionali³, anche se il trend è in crescita (42.4% nel 2010, 49.1% nel 2011, 55.2% nel 2012); il dato forse più negativo è la estrema variabilità delle performance delle strutture ospedaliere regionali (da 25.9% a 83.5%, nel 2012).

Lo strumento utilizzato per la survey è rappresentato da un questionario, predisposto per raccogliere informazioni sui principali aspetti organizzativi che caratterizzano il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (programma aziendale formalizzato, organizzazione delle sale e delle sedute operatorie, coinvolgimento dei professionisti nella gestione del percorso, procedure e protocolli diagnostico-terapeutici, mobilitazione e riabilitazione precoce) e che, in base a quanto suggerito dalla letteratura e al parere degli esperti, risultano fattori "chiave" nella lettura delle criticità e nella prospettiva di pianificare iniziative aziendali per il superamento di tali criticità.

Solo una parte delle Aziende (11/17) hanno formalizzato programmi aziendali per la gestione del percorso; tra queste sono comprese tutte le Aziende Ospedaliere/Universitarie e lo IOR, strutture ad alto volume di attività (da sole coprono quasi un terzo dei ricoveri regionali di pazienti anziani con frattura di femore). La maggiore presenza di modelli organizzativi innovativi in ospedali in cui si concentrano i casi da trattare e/o caratterizzati da finalità istituzionali di formazione e ricerca è coerente con politiche di qualificazione dell'offerta dei servizi e con le evidenze di letteratura. Dati in corso di elaborazione evidenziano una correlazione statisticamente significativa tra la presenza di un programma aziendale formalizzato per la gestione del percorso e la tempestività dell'intervento chirurgico (entro 2 giorni).

I fattori organizzativi rilevanti ai fini della qualificazione del percorso sono presenti in un'alta percentuale di ospedali facenti capo ad Aziende in cui è stato formalizzato un programma. Negli ospedali in cui è attivo un programma formalizzato si rileva che: le sedute operatorie per gli interventi urgenti sono separate da quelle dedicate agli interventi di elezione nel 93% dei casi, i protocolli in PS per il trattamento precoce del dolore sono presenti nel 73% dei casi e i protocolli pre-operatori per la gestione della terapia in corso con antiaggreganti o anticoagulanti sono presenti, rispettivamente, nell'80% e 100% dei casi. Il geriatra è coinvolto in fase post-chirurgica nell'87% degli ospedali con programma formalizzato e nel 93% dei casi è presente un team multidisciplinare per il piano di dimissione. La mobilitazione e la presa in carico riabilitativa precoci sono presenti, rispettivamente, nel 87% e nel 93% degli ospedali con programma formalizzato. A conferma di quanto descritto in esperienze internazionali, questi dati suggeriscono che, oltre al valore della clinical competence e dell'elevata motivazione dei professionisti sulle iniziative necessarie per migliorare l'assistenza, il forte e sistematico supporto della direzione aziendale è il fattore cardine per attuare un effettivo cambiamento dell'organizzazione del percorso clinico.

Le 6 Aziende Sanitarie Locali in cui non è presente un programma formalizzato comprendono un totale di 19 ospedali in cui sono trattati annualmente almeno 50 pazienti anziani con frattura di femore. In questi ospedali sono presenti in misura percentuale minore, rispetto agli ospedali che fanno capo ad un'Azienda con programma formalizzato, alcuni aspetti organizzativi importanti dell'assistenza al paziente anziano con frattura di femore (Tabelle 1,3,4,5,6); si ravvisa quindi la necessità e la possibilità che in questi ospedali si intraprendano iniziative di miglioramento, se non già avviate da dicembre 2011 ad oggi.

Infine, si rileva che la mobilitazione e la presa in carico precoce del paziente anziano con frattura di femore sono pratiche diffuse nella quasi totalità degli ospedali regionali (Tabella 7), a conferma di quanto raccomandato dalle LG internazionali. Questo aspetto della pratica assistenziale, per nulla scontato, dimostra che tra i professionisti e nelle organizzazioni è oramai diffusa la consapevolezza dell'importanza del risultato funzionale sugli esiti di salute del paziente anziano e della necessità di offrire un trattamento idoneo per il recupero delle competenze motorie e della qualità di vita presenti prima della frattura.

In sintesi, la survey dimostra che il livello organizzativo raggiunto dalle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la gestione del percorso del paziente anziano con frattura di femore è complessivamente buono ma che è necessario affrontare le criticità presenti pianificando iniziative per il miglioramento dell'offerta di servizi.

Bibliografia

¹ Maggi S et al. A multicenter survey on profile of care for hip fracture: predictors of mortality and disability. *Osteoporos Int.* 2010 Feb;21(2):223-31

² Vidan M et al. Causes and Effects of Surgical Delay in Patients With Hip Fracture: a Cohort Study, *Ann Intern Med.* 2011;155:226-233

³ NICE: Quality standard for hip fracture. NICE Quality Standards, QS16- Issued: March 2012 <http://guidance.nice.org.uk/qs16>

• Kates SL et al. Co-managed care for fragility hip fractures (Rochester model) *Osteoporos Int* (2010) 21 (Suppl 4):S621–S625

• Lofgren S et al. Context challenges the champion: improving hip fracture care in a Swedish university hospital. *Int J Health Care Qual Assur.* 2012;25(2):118-33