

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

La tempestività nel trattamento della frattura del femore:

L'Ospedale S. Antonio Abate di Tolmezzo



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

L'Ospedale di Tolmezzo e la tempestività nel trattamento della frattura del femore



Il presente Report è stato redatto sulla base delle informazioni raccolte durante un Audit clinico-organizzativo condotto il giorno 13.02.2014 presso l'Ospedale S. Antonio Abate di Tolmezzo nell'ambito del progetto CCM "PNE fase 3: valutazione degli esiti per la riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi di provata efficacia in popolazioni deboli".

Obiettivi, metodologia e conclusioni del progetto complessivo sono riportati nei documenti finali del progetto, che vengono riportati in allegato. Obiettivo del presente Report è dare un feedback strutturato ai professionisti dell'ospedale visitato.

Professionisti presenti per l'Ospedale di Tolmezzo il giorno 13.02.2014: Luca Lattuada - Direttore Sanitario; Fabrizio Bassini – Direttore UO Ortopedia e Traumatologia; Pierpaolo Pillinini – Direttore Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso; Loris D'Orlando – Direttore Anestesia e Rianimazione; Rosanna Filaferro – Responsabile Qualità

Team di rilevatori: Anna Bonini (MeS), Giorgio Presicce (MeS), Alice Basiglini (Agenas).



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

INTRODUZIONE / Perché l’Ospedale di Tolmezzo

La selezione delle strutture coinvolte nel progetto di Audit è stata effettuata sulla base dei risultati dell’indicatore “Frattura del Collo del Femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni” del Programma Nazionale Esiti (PNE) Ed.2013. A partire dalla proporzione “aggiustata” (che tiene conto delle differenti caratteristiche demografiche e cliniche delle popolazioni allo studio) sono state individuate le strutture con un volume di attività ≥ 100 ricoveri/anno, non specialistiche ortopediche (es. Istituti di Ortopedia e Traumatologia) e con valori superiori al 75% o inferiori al 20%. Tra le strutture così identificate, sono stati selezionati casi tra loro eterogenei per volumi di attività, bacino di utenza, funzione all’interno della rete assistenziale locale e nazionale (AOU e presidi ASL) e Regione di appartenenza.

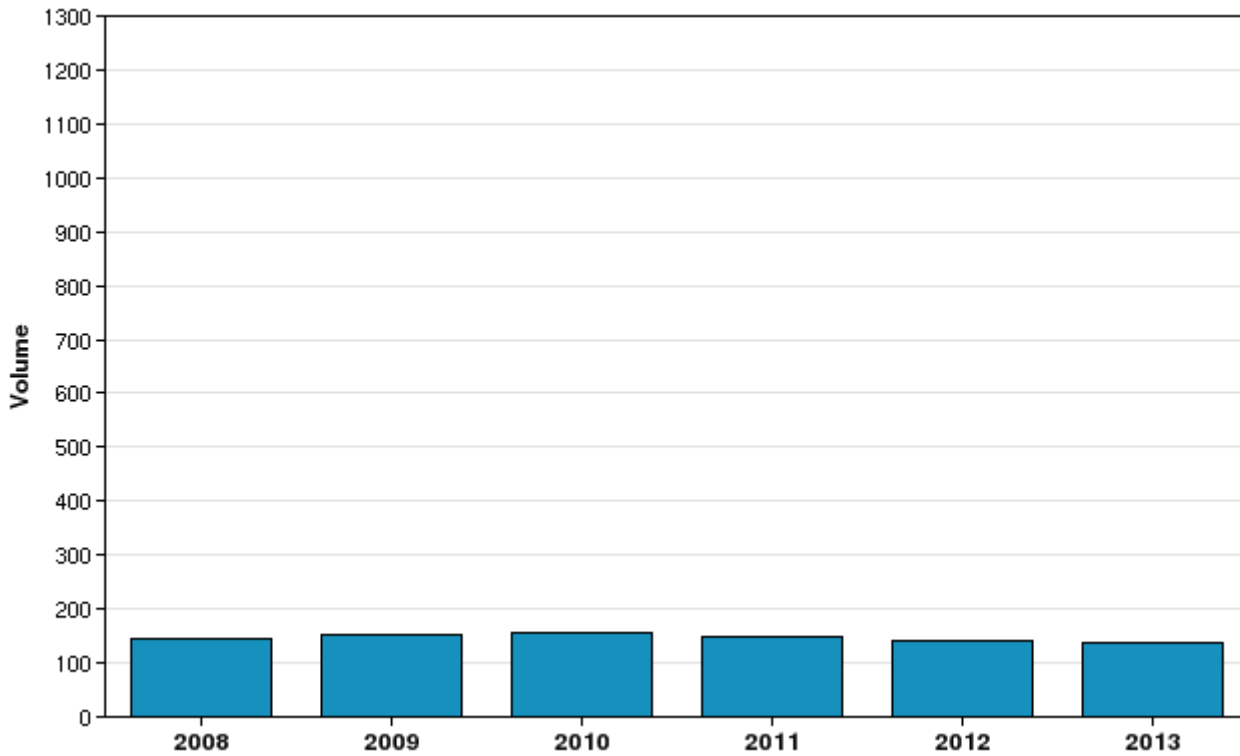
L’Ospedale S. Antonio Abate di Tolmezzo, relativamente all’indicatore sulla tempestività di trattamento della frattura del femore, presenta stime annuali puntuali di molto superiori alla media nazionale con un andamento irregolare nel periodo 2008-2012. La scelta di selezionare questa struttura si è basata sia sul dato 2012 (valore dell’indicatore $\geq 75\%$) sia sullo storico delle proporzioni aggiustate.

Si riportano gli andamenti temporali di PNE Edizione 2014 degli indicatori “Frattura del collo del femore: volume di ricoveri” e “Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni”, quest’ultimo calcolato dal momento del ricovero.

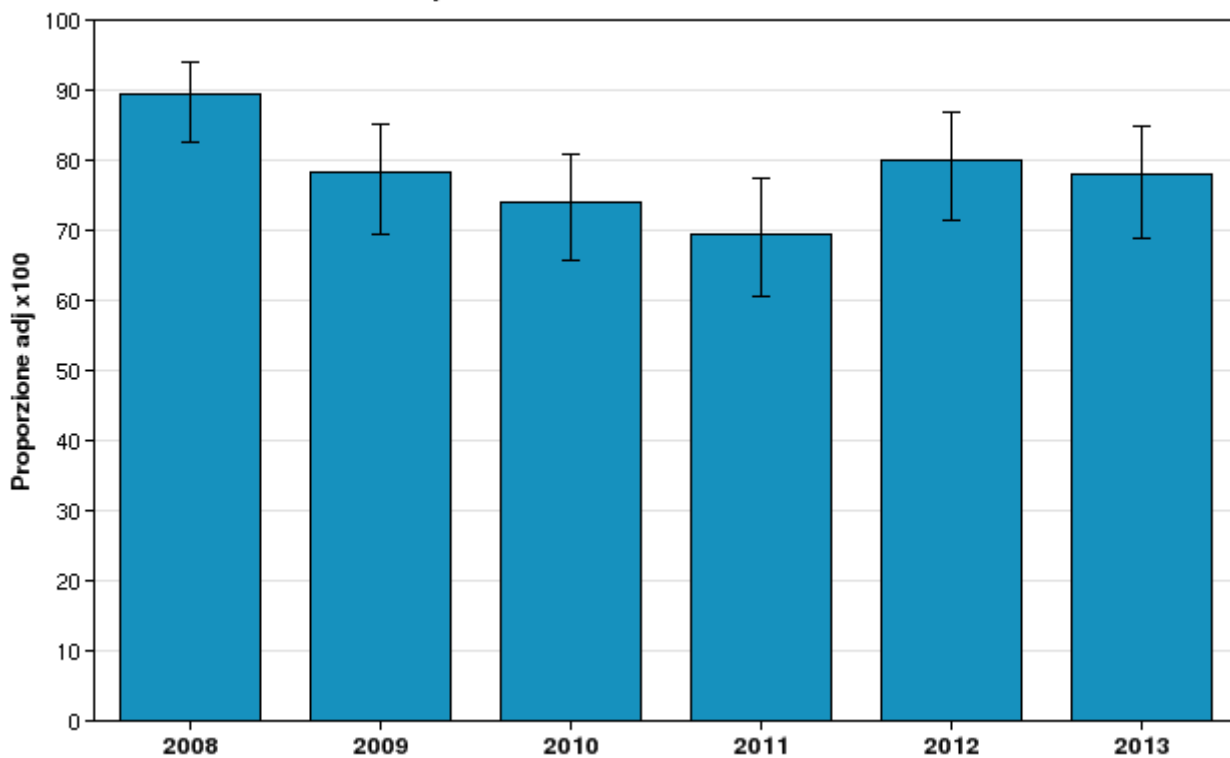
Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

Osp. S. Antonio Abate - Tolmezzo



Osp. S. Antonio Abate - Tolmezzo



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

RILEVAZIONE / Il percorso della signora Laura

Giovedì 6 febbraio 2014, la Signora Laura di 77 anni giunge in ambulanza al Pronto Soccorso dell’Ospedale S. Antonio Abate di Tolmezzo: riferisce di essere caduta a casa e di aver atteso circa due ore prima dell’arrivo di un conoscente che ha chiamato i soccorsi. Il triage viene effettuato alle ore 12.40 e la visita medica è immediata, alle ore 12.41: vengono prescritti gli esami radiologici, l’ECG e gli esami ematici di routine. Viene richiesta la consulenza ortopedia, che è effettuata alle 13.40 in sala gessi, adiacente al Pronto Soccorso. L’ortopedico conferma la sospetta frattura del femore e apre la cartella clinica. La signora Laura viene inviata al reparto di Ortopedia e Traumatologia, dove l’accettazione risulta alle ore 13.58, dopo un’ora e 18 minuti dal triage.

La mattina seguente, venerdì 7 febbraio, la signora Laura firma il consenso informato e viene visitata dall’anestesista, il quale conferma l’eligibilità per l’intervento di artroprotesi. A fine mattinata, viene portata in sala operatoria: l’intervento chirurgico dura 50 minuti, iniziando alle 13.20 e concludendosi alle 14:10. La signora Laura viene trasferita in recovery room, dove rimane circa un’ora prima di essere trasferita in reparto.

La domenica 9 febbraio viene richiesta la visita fisioterapica e il giorno dopo la signora Laura viene presa in carico dai fisioterapisti e inizia il percorso riabilitativo. Viene, inoltre, compilata la scheda di segnalazione di continuità assistenziale; la dimissione è prevista per il giorno 17 febbraio presso la struttura di riabilitazione di Tolmezzo.

RILEVAZIONE / Descrizione ospedale e contesto

Il Presidio Ospedaliero di Tolmezzo, monoblocco recentemente ristrutturato, appartiene alla ASS 3, insieme al Presidio Ospedaliero di Gemona, distante circa 20 minuti di automobile dal primo. La popolazione di riferimento dell’Azienda consta di circa 72.600 abitanti, ovvero il 6% della popolazione del Friuli Venezia Giulia, mentre la superficie corrisponde a un terzo di quella regionale: una caratteristica del contesto è la dispersione della popolazione e i lunghi tempi di percorrenza, con conseguente difficoltà di accesso ai servizi.

L’Ospedale di Tolmezzo dispone di 189 posti letto, di cui 9 day-hospital e 7 di terapia intensiva/subintensiva; l’Ospedale di Gemona ha 88 posti letti, di cui 8 day-hospital e 4 intensivi/subintensivi. I due presidi ospedalieri lavorano in rete, con professionisti che ruotano tra le due sedi; il presidio di Gemona, ad eccezione della UO di Medicina, è dotato di Strutture Semplici che afferiscono alle Strutture Complesse di Tolmezzo. Entrambi gli ospedali sono accreditati dal 2012 all’eccellenza secondo gli standard Joint Commission International.

Il presidio di Tolmezzo tratta la casistica ortopedica-traumatologica ad esclusione dei politraumi, che convergono al Trauma Center di Udine, mentre a Gemona converge la casistica meno complessa.



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

Il Pronto Soccorso di Tolmezzo gestisce annualmente circa 17.500 accessi e dispone di una osservazione breve con 4 posti letto monitorizzati.

Il reparto di Ortopedia ha 30 posti letto (inseriti in un'area di 44 pl condivisi tra la UO Ortopedia e la UO Ginecologia) e dispone di un organico di 12 ortopedici, tra cui il Primario. L'attività elettiva rappresenta due terzi degli interventi effettuati dal reparto; l'ospedale è il secondo centro in Regione per numero di protesi impiantate, risulta quindi molto attrattivo. Nelle vicinanze di Tolmezzo non è presente alcuna struttura che effettui interventi di ortopedia elettiva.

Il blocco operatorio è composto da 5 sale, di cui una per le emergenze, e da una recovery room centrale, che dispone di 7 postazioni; inoltre, è presente una sala esterna dedicata al cesareo d'urgenza.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha posto come obiettivo incentivante, per le Direzioni Generali, l'indicatore relativo alla tempestività dell'intervento di frattura del femore, negli anni dal 2000 al 2005.

Non vi è il problema della scarsità di risorse in termini di personale sanitario e di posti letto; durante la visita non si è riscontrato affollamento di pazienti in pronto soccorso.

RILEVAZIONE / Descrizione del percorso femore

Nel 2013, i pazienti dimessi per frattura di femore sono stati 138, di cui 127 sottoposti a intervento chirurgico. La percentuale di pazienti operati entro 2 giorni dall'ammissione è stata del 76%. L'intervento chirurgico per frattura di femore ha rappresentato circa il 10% della casistica ortopedica complessiva (127 su 1248).

Nel presidio di Tolmezzo, non è presente un unico documento aziendale che descriva il percorso del paziente con frattura di femore, ma sono formalizzate numerose procedure di percorso chirurgico valide per diverse specialità, secondo l'approccio Joint Commission.

In Pronto Soccorso non c'è personale dedicato al triage: l'assegnazione del codice colore viene effettuata da uno degli infermieri di turno in PS. Gli altri ruotano sugli ambulatori e a chiamata (il presidio di Tolmezzo dispone di sole due ambulanze) escono per il servizio di 118. E' sempre presente un infermiere nell'unità mobile di soccorso.

Se il paziente giunge al Pronto Soccorso tramite il 118, l'infermiere presente in ambulanza inserisce al domicilio dell'assistito l'accesso venoso, effettua un prelievo di sangue e assegna il codice colore di priorità secondo il sistema di codifica regionale. Tale codice viene rivalutato all'arrivo in Pronto Soccorso, quando il paziente viene condotto in ambulatorio, dove preferibilmente lo stesso infermiere presente in ambulanza lo inserisce nel triage.

Il medico richiede gli esami radiologici ed ematochimici o, nel caso di arrivo tramite 118, gli esiti del prelievo; se l'RX si conferma positivo, attiva la consulenza ortopedica.



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

E' previsto un ortopedico presente dalle 8 alle 20, nella sala gessi adiacente al Pronto Soccorso. Dalle 20 alle 8 l'ortopedico è in reperibilità. Nel caso in cui il paziente con sospetto trauma arriva in PS dopo le 20, viene effettuata la diagnostica di base e, se da radiografia si accerta la frattura, il medico di turno in PS contatta l'ortopedico in reperibilità per la valutazione del caso: salvo particolari complicanze, il paziente viene ricoverato in reparto.

Anche la radiologia si trova di fianco al Pronto Soccorso. L'ortopedico valuta l'indicazione all'intervento chirurgico, completa l'iter diagnostico (elettrocardiogramma, RX torace per pazienti over 50), apre e compila la cartella clinica, comprensiva di consenso informato.

Il paziente viene inviato al reparto. Il medico di reparto attiva la consulenza anestesilogica e, se necessarie, altre consulenze e invia il modulo per l'intervento al blocco operatorio. Le procedure di valutazione del paziente sono standardizzate: se il paziente è stabile, non si procede con ulteriori approfondimenti diagnostici e le eventuali comorbidità già note non rappresentano motivo di ritardo all'intervento.

A questo punto, si attiva il comparto operatorio: l'anestesista di guardia e il coordinatore del blocco valutano le urgenze presenti (soprattutto nel pomeriggio quando è attiva solo la sala dedicata alle emergenze). La lista operatoria viene compilata dal primario di Ortopedia il giovedì e validata dal primario di Anestesia e Rianimazione il venerdì.

Nel complesso operatorio vi è una sala dedicata all'ortopedia, sia traumatologica che elettiva. Sono previste 5 sedute settimanali (la mattina), per l'elezione e i traumi differibili. Per 2 sedute settimanali pomeridiane e per il sabato mattina, i traumi differibili possono essere inseriti nella sala dedicata all'emergenza. L'emergenza ha chiaramente la priorità: nel caso di intervento urgente, l'intervento ortopedico viene rinviato; se già iniziato, si attiva un'altra sala ed il personale infermieristico e di anestesia si divide.

Nella programmazione dell'attività elettiva, vengono lasciati spazi per l'urgenza. Generalmente quest'ultima non interferisce con la programmazione; se ciò accade, è dovuto a carenze contingenti di personale di sala.

Dopo l'intervento, tutti i pazienti transitano nella Recovery Room (ad eccezione del primo operato della giornata) o, se necessario, vengono portati in rianimazione; la rianimazione viene utilizzata anche per pazienti nel post-intervento che non ne necessiterebbero, per alleggerire il carico assistenziale del reparto, che di notte è composto da soli due infermieri ed un OSS.

Sempre nel blocco operatorio, l'ortopedico e l'anestesista definiscono il care map, ovvero le note sull'assistenza nelle prime 24h post-intervento, ad uso degli operatori del reparto (handover scritto per tutti gli interventi); contestualmente, l'ortopedico definisce il protocollo riabilitativo. Il paziente viene portato in radiologia per effettuare la radiografia di controllo e successivamente in reparto o, se necessario, in terapia semintensiva.

In prima o seconda giornata post-operatoria avviene la consulenza fisioterapica.



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

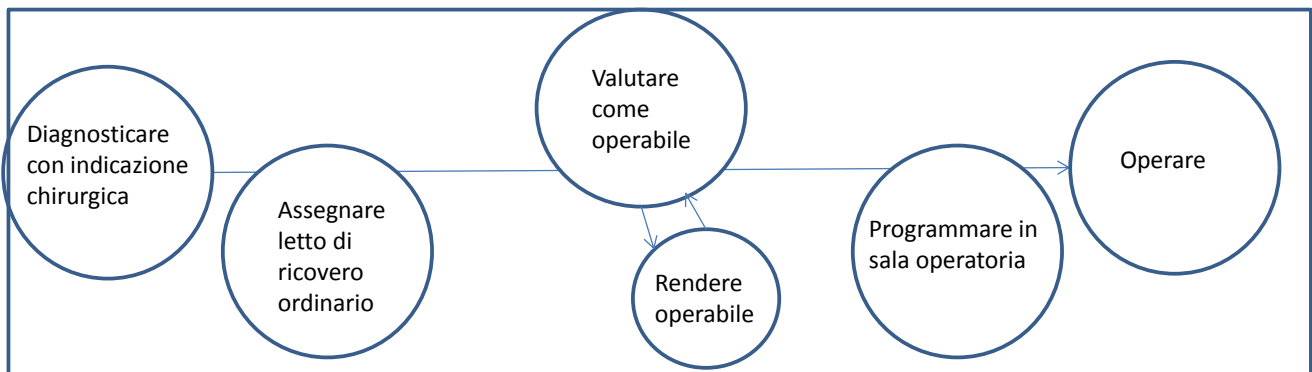
Nella fase di dimissione, il percorso del paziente viene definito valutando la situazione personale dell'assistito e coinvolgendo oltre al medico, al caposala e al fisioterapista, anche i familiari.

In ogni UO del presidio esiste la figura di coordinatore per la continuità delle cure, individuato tra il personale infermieristico, il quale gestisce il contatto con le residenze. Qualora il paziente non venga indirizzato a una RSA e non vengano attivati i servizi territoriali, si programmano visite ambulatoriali per il controllo del dolore e la valutazione delle funzionalità.

Fino al 2012, nel reparto di ortopedia erano presenti due internisti dedicati, garantendo la gestione del paziente nel quadro di un approccio multidisciplinare. Dopo il pensionamento di queste due figure professionali, il modello assistenziale è stato modificato e prevede ad oggi l'attivazione eventuale della consulenze internistica.

INTERPRETAZIONE / Problemi da risolvere e problemi risolti

Nello schema predisposto dal team di progetto sono sintetizzati i principali "problemi da risolvere" nella fase del percorso, che va dall'arrivo al Pronto Soccorso fino all'intervento chirurgico.



L'impressione del Team di Audit è che l'Ospedale S. Antonio Abate di Tolmezzo abbia affrontato precocemente il tema dei percorsi assistenziali, in generale (non solo per i pazienti con frattura di femore), dimensionando in modo opportuno la propria capacità di risposta e agendo su diverse leve, sia professionali che organizzative. I problemi che sono stati affrontati principalmente sono:

Diagnosticare con indicazione chirurgica: La valutazione pre-operatoria del paziente è standardizzata e anticipata in PS.

L'ortopedico è presente in sala gessi 8-20 e reperibile di notte.

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

Assegnare letto di ricovero ordinario: i posti letto sono sufficienti per i volumi di attività e vi è una buona continuità assistenziale con il territorio, che permette di dimettere dall'ospedale in tempi adeguati e dunque di liberare posti letto.

Valutare come operabile: grazie alla standardizzazione delle procedure di valutazione del paziente in PS, (identificazione di una serie di cut off, per i quali, se il paziente è stabile, non si procede con approfondimenti ulteriori) si determina una abbreviazione dell'iter che consente ampi spazi di rivalutazione per i casi a maggiore complessità. L'approccio è interventistico, come rileva dalla stessa gestione del paziente in terapia antiaggregante o anticoagulante

Programmare in sala operatoria: vi è una sala operatoria dedicata e sono assegnate 5 sedute settimanali all'attività ortopedica elettiva e traumatologica. L'attività chirurgica viene programmata semestralmente, con la previsione di slot liberi per l'inserimento delle urgenze differibili. Le FF possono essere trattate anche nelle sedute pomeridiane del martedì e del venerdì e nella seduta del sabato (per smaltire gli ingressi del venerdì) nella sala dedicata all'emergenza.

INTERPRETAZIONE / Elementi chiave per la tempestività nel trattamento

A parere del Team di Audit, nel caso di Tolmezzo gli elementi che hanno avuto un ruolo fondamentale per raggiungere gli obiettivi di tempestività sono:

1. Tempestività di intervento sulle FCF quale obiettivo storico (già dall'anno 2000)
2. L'organizzazione dell'ospedale (accreditato JCI) che prevede numerosi protocolli pre e postoperatori
3. Le risorse complessive che sono a disposizione del percorso traumatologico, in relazione alla casistica trattata
4. La collaborazione tra professionisti ed un buon clima interno, condizione spesso presente in strutture periferiche, dalle dimensioni contenute e ben inserite nel territorio.

Vista l'attenzione della Regione Friuli Venezia Giulia alla tempestività nel trattamento della frattura del femore (già dal 2000), la struttura ha avuto modo di organizzarsi anticipatamente rispetto ad altre realtà nazionali nella gestione del percorso clinico – organizzativo.

L'Ospedale di Tolmezzo risulta ben organizzato nelle varie fasi del processo assistenziale: le numerose procedure definiscono e standardizzano la gestione del percorso. E' stato adottato un approccio interventistico condiviso: per pazienti stabili, in fase preoperatoria, si evitano accertamenti e consulenze ridondanti, non in grado di modificare l'indicazione chirurgica.



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

Non vi è il problema della scarsità di risorse in termini di personale e di posti letto rispetto alla numerosità della casistica trattata.

Il sistema hub and spoke e le modalità di integrazione ospedale-territorio a garanzia della continuità assistenziale, si traducono in un alleggerimento rispetto alla complessità clinica della casistica trattata e in una maggiore capacità di controllo dei volumi di attività, con ciò che ne consegue in termini di carico del PS e di programmazione del comparto operatorio: agevole anticipazione della valutazione preoperatoria in PS e possibilità di inserire le urgenze differibili nella sala dedicata alle emergenze. Tutta l'assistenza di maggiore complessità rientra infatti nel protocollo di centralizzazione (compresa l'emergenza ortopedica, a partire dalla dinamica maggiore, frattura di ossa lunga, caduta da più di 5m ecc.) e viene concentrata nella struttura di Udine.

Un ulteriore elemento che costituisce un punto di forza nel percorso, risiede nel capitale umano e nella condivisione degli obiettivi da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso. Il clima lavorativo è molto disteso e si nota una forte collaborazione tra i professionisti.

INTERPRETAZIONE / Aree di miglioramento e temi aperti

Le aree di potenziale miglioramento o di attenzione che il Team di Audit si sente di raccomandare sulla base della visita riguardano:

1. Il codice triage
2. La tempistica del percorso riabilitativo
3. Adeguamento delle dotazioni al contesto
4. L'integrazione con i medici internisti
5. L'impiego della sala operatoria dedicata alle emergenze

Un elemento di attenzione riscontrato durante l'audit è l'elevato numero di pazienti con frattura del femore ai quali è assegnato codice verde di triage (64%) o bianco (34%), mentre sarebbe appropriato attribuire un codice colore di maggiore gravità.

Dalla simulazione di inserimento del paziente in triage attraverso il software applicativo in uso in tutte le strutture della Regione, nel primo step di compilazione, al paziente con sospetta FCF viene assegnato di default codice bianco. Soltanto in seguito alla valutazione del dolore misurata con una scala di punteggio (1-10), sulla base della percezione del paziente, il codice colore può modificarsi in verde (score 6) o giallo (score 8), con conseguente obbligo di controllo dei parametri. Si rileva tuttavia che, dato il volume non alto di accessi in Pronto Soccorso, a tutti i pazienti viene garantita una tempestiva presa in carico, a prescindere dal codice colore assegnato.

In base al caso della Signora Laura sopra riportato, si nota che la signora è stata operata venerdì a metà giornata ed inizia la riabilitazione il lunedì, ovvero in terza giornata; da verificare se si tratta di un caso isolato o se l'inizio del percorso riabilitativo si ripete con tale tempistica, in particolare in concomitanza del fine settimana.

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

La dotazione di spazi e strutture dell'ospedale visitato sembra adeguata e a volte sovradimensionata rispetto alla domanda. Di contro, alcune risorse appaiono potenziabili rispetto al dato di contesto e al ruolo che lo stabilimento di Tolmezzo è chiamato a svolgere nell'ambito della rete ospedaliera. In questo quadro, un aumento, anche di una sola unità, delle ambulanze potrebbe meglio rispondere alle problematiche relative al dato di dispersione degli assistiti sul territorio e alle difficoltà di percorrenza.

Un aspetto riportato dal personale durante l'audit riguarda il coinvolgimento sistematico degli internisti nel percorso: fino a due anni prima della visita, era prevista la figura del medico internista di reparto, che seguiva tutto l'iter del paziente, contribuendo a identificare i casi più complessi, a garantire una gestione integrata del paziente e una maggiore continuità assistenziale anche nel post-intervento. Il personale ortopedico e infermieristico ritiene che la sinergia con gli internisti portasse a una migliore qualità dell'assistenza.

Infine, rileva come elemento di attenzione, in termini di sicurezza del paziente, la prassi di trattare le urgenze differibili nella sola sala operatoria dedicata al PS, sebbene lo stabilimento di Tolmezzo non sia chiamato a gestire molte emergenze e l'equipe di sala sia in grado di operare parallelamente nell'ipotesi di sovrapposizione di interventi.