



# Frattura di femore entro 48 ore: media nazionale in lenta crescita

Nell'ultimo anno la media nazionale di trattamento della frattura del femore entro due giorni nei soggetti sopra i 65 anni è cresciuta di poco. Tra i più virtuosi ci sono molti ospedali del nord e uno del sud: l'ospedale Di Venere di Bari

Torniamo a parlare di trattamento della frattura del collo del femore entro due giorni nei soggetti sopra i 65 anni, un indicatore importante del Programma nazionale esiti (Pne) sviluppato da Agenas per conto del ministero della Salute, che ogni anno fa il quadro delle performance del nostro sistema sanitario nazionale. Si tratta dell'indicatore più rilevante in ambito ortopedico e in qualche caso è stato in grado di motivare equipe chirurgiche e dirigenze ospedaliere ad adottare le opportune correzioni organizzative per migliorare i propri risultati. Nel dicembre scorso è stato pubblicato il report del Pne basato sui dati dell'anno precedente, il 2016, che ci informano di come in Italia solo il 58% di questi interventi, su un totale di 32.000 pazienti, viene eseguito entro 48 ore. Permane una elevata variabilità inter e intra-regionale, con percentuali che vanno dal 3 al 97%.

Il report dello scorso anno, su dati del 2015, riportava una quota nazionale pari al 55% di interventi eseguiti entro le 48 ore. Allargando l'orizzonte, in pochi anni si è passati dal 31% del 2010 al 58% attuale, ma c'è ancora molto da fare. Il regolamento del ministero della Salute (DM 70), infatti, fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro le 48 ore per pazienti con frattura di femore sopra i 65 anni. Lo standard internazionale atteso è superiore all'80%.

## I più virtuosi del 2017

I dati del Programma nazionale esiti non sono agevoli da leggere e per ottenere dei dati significativi è necessario operare una scelta sul numero di interventi minimi eseguiti da ogni struttura ospedaliera, escludendo tutte quelle al di sotto di quella quota. La scelta è arbitraria, perché non esistono indicazioni precise a riguardo. Lo scorso anno avevamo scelto di utilizzare come cut-off un minimo di 50 interventi l'anno, ma c'è chi reputa che tale valore debba essere alzato a 150. Va da sé che più alto si sceglie il cut-off, più corta sarà la classifica, con ospedali ad alto numero di interventi che guadagnano le prime posizioni di questa speciale classifica, che come spiegano da Agenas classifica non è: «Pne è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Non produce classifiche, graduatorie, pagelle».

Se l'anno scorso avevamo studiato il caso dell'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, che grazie alla natura monospécialistica e a uno speciale percorso organizzativo aveva ottenuto le migliori performance, ci concentriamo quest'anno sul primo ospedale del Sud Italia, qualunque classifica si guardi: è l'ospedale Di Venere di Bari, che ha eseguito entro 48 ore il 95% degli interventi per frattura del collo del femore nei pazienti sopra i 65 anni, su un totale di 164 interventi. Un ri-

sultato di vera eccellenza, da primissime posizioni nella classifica non-classifica Agenas, circondato da strutture ospedaliere del nord Italia.

## L'esperienza clinica e organizzativa di Bari

In questi anni ciascuna realtà locale, ognuna con le pro-

prie eccellenze e difficoltà organizzative, per raggiungere i risultati raccomandati ha personalizzato e costruito il proprio percorso terapeutico. Così anche al Di Venere di Bari: «Abbiamo tracciato dei percorsi diagnostico-terapeutici ben definiti, riproducibili e che coinvolgessero le figure professionali eventual-

mente utili nella gestione di questo paziente – ci ha spiegato **Vincenzo Caiaffa**, direttore della Struttura complessa di Ortopedia e traumatologia dell'ospedale pugliese -. L'elaborazione di tali percorsi preferenziali ha preso luogo indipendentemente dalle difficoltà intrinseche e radicate del sistema ospedaliero e territoriale locale, riconducibili a una reale carenza di personale nonché di risorse economiche; l'esempio prezioso di sistemi di eccellenza nazionali è stata di ispirazione al fine di identificare il migliore percorso che si potesse offrire al paziente affetto da frattura di femore».

Da qui l'inizio di un approccio che nel tempo ha prodotto risultati importanti, grazie anche al supporto della direzione sanitaria e dei reparti di pronto soccorso, cardiologia, radiologia, medicina trasfusionale, patologia clinica, anestesia e rianimazione. «Questa collaborazione è stata fondamentale – ammette Caiaffa -. Tutti hanno progressivamente compreso la necessità di rendersi garanti di un servizio essenziale per l'utenza. Seppure nei primi tempi la richiesta di ottemperare rapidamente a consulenze specialistiche, nonché la necessità di addormentare pazienti complessi, abbia richiesto un impegno particolare da parte del personale medico di reparto, oggi tutto avviene in maniera codificata e automatica, secondo un protocollo chiaro a tutti».

## Il valore dell'organizzazione

«Il rispetto dei ruoli e la definizione dei doveri e delle responsabilità nei confronti del paziente è il presupposto principale per garantire la riuscita di qualsiasi percorso assistenziale, a prescindere dal tipo di quadro morboso che si delinea» sottolinea Caiaffa. Per il chirurgo inoltre l'identificazione dei percorsi diagnostici e terapeutici responsabilizza il singolo, rendendolo necessariamente embricato in una rete assistenziale a prescindere dalla propria volontà e senso del dovere, ma «obbligandolo» ad agire in pieno rispetto del progetto finale condiviso.

«I risultati ottenuti dall'Uo di ortopedia dell'Ospedale Di Venere non vanno intesi come un successo ascrivibile alla bravura delle direzioni, del primario o del personale afferente al reparto – riflette **Vincenzo Caiaffa** -, bensì come il fisiologico esito della sequenza: riconoscimento delle priorità assistenziali (frattura di femore dell'anziano); pianificazione del corretto approccio diagnostico (definizione dell'evento frattura nella sua complessità morbosa) e terapeutico (trattamento multidisciplinare precoce). La ricchezza di una realtà nosocomiale risiede proprio nel dialogo e nella collaborazione esistente tra le direzioni e le unità operative e di questo la realtà ospedaliera del Di Venere è da considerare un esempio a livello nazionale».

Andrea Peren



## IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NEL DETTAGLIO: DAL PRONTO SOCCORSO AL TAVOLO OPERATORIO

Tecnicamente il protocollo messo in atto definisce un "percorso virtuoso" che assicuri al paziente over 65 anni con diagnosi di frattura di femore il trattamento più idoneo al proprio quadro clinico secondo le raccomandazioni delle linee guida e alla luce delle risorse umane e tecnologiche effettivamente disponibili. I risultati attesi appaiono dunque da un lato il miglioramento dell'assistenza erogata al fine di garantire il mantenimento delle precedenti capacità di deambulazione e di ridurre la mortalità a breve termine; dall'altro il miglioramento dell'efficienza organizzativa con conseguente riduzione dei costi attraverso una minore durata del ricovero, delle complicità intraospedaliere e della percentuale di riospedalizzazione.

Fondamentali sono le prime 24-48 ore, in cui si procede alla formulazione della diagnosi specialistica (frattura mediale o laterale) e all'identificazione delle comorbidità. La valutazione iniziale in regime di pronto soccorso del paziente con sospetta frattura di femore deve confermare la diagnosi e stabilizzare le condizioni cliniche. Dovranno pertanto essere valutate le funzioni vitali (PA, frequenza cardiaca, SO<sub>2</sub>, temperatura corporea) e le condizioni generali del paziente, nonché lo stato cognitivo e le circostanze traumatiche. In tale sede si procederà dunque a reperire un accesso venoso ed ad eseguire

Rx bacino e anca più Rx torace.

Il trasferimento del paziente nel reparto di ortopedia prevede la raccolta dell'anamnesi ed esecuzione dell'esame obiettivo, valutazione e trattamento del dolore, valutazione dello stato di nutrizione e di idratazione, continenza urinaria e fecale. Vengono effettuati quindi gli esami ematochimici e un Ecg a 12 derivazioni. Entro un'ora dall'ingresso in reparto sono quindi disponibili i referti degli esami finora descritti. Entro due ore viene eseguita la visita cardiologica con formulazione del rischio; qualora il paziente si ricoveri nelle ore notturne o in un giorno festivo, la consulenza cardiologica viene eseguita al massimo entro 12 ore. La visita del medico cardiologo è finalizzata alla definizione del rischio cardiologico e, eventualmente, alla ricerca di una eventuale cardiopatia acuta che controindichi l'intervento.

Vengono inoltre prescritti ed eseguiti eventuali ulteriori accertamenti multidisciplinari per inquadrare eventuali comorbidità pre-esistenti, con migliore definizione del rischio operatorio, che vengono eseguiti nel giro di uno-due ore (ecocardiogramma). Si procede quindi alla presentazione del caso al medico anestesista che definisce il grado Asa entro le 16-24 ore e fornisce al paziente e ai parenti le informazioni relative ai rischi e benefici connessi con l'anestesia. Quindi il chirurgo



> Vincenzo Caiaffa

ortopedico, acquisito il consenso all'intervento, pone l'indicazione chirurgica. Con esecuzione dell'atto chirurgico entro 48 ore dall'accettazione.

Se dalle valutazioni finali complessive si evincono delle problematiche mediche che ne impediscono l'intervento entro 48 ore, sarà indicato il ricovero nel reparto più opportuno in funzione della gravità delle sue condizioni al fine di stabilizzarlo e compensarlo prima di procedere alla scelta del trattamento (conservativo o chirurgico), anche se questo avviene nel 0,5-1% dei casi.

Vincenzo Caiaffa