

I vantaggi dell'accoglienza multidisciplinare di gruppo nei pazienti sottoposti ad intervento programmato di protesi di anca e di ginocchio

**Mattia Morone, Martina Mercurio, Arianna Baglio, Mattia Busatti, Maria Michela De Maio,
Chiara Mongiovì**

Infermieri, Casa di Cura Città di Bra - Bra (CN)

Corrispondenza: formazione@ccbra.it

INQUADRAMENTO

I primi tentativi di sostituzione dell'anca risalgono alla fine del XIX secolo, ma solo all'inizio degli anni '60 sono nate le protesi d'anca così come le intendiamo oggi (Knight et al, 2011). Da allora la tecnica chirurgica si è rapidamente evoluta: l'intervento è infatti oggi considerato uno dei più risolutivi, in quanto la persona assistita, al termine della riabilitazione, può tornare a condurre una vita normale; grazie alle attuali tecniche chirurgiche e alle nuove protesi, i pazienti possono riprendere a camminare già dai primi giorni.

Gli studi scientifici inerenti la protesica, nello specifico la protesi d'anca, rilevano che dopo vent'anni dall'impianto il 90% delle protesi è performante (Riap, 2018). Considerando che questi dati si riferiscono a protesi e tecniche chirurgiche di venti anni fa, ci si aspetta in futuro risultati ancora migliori. Attualmente una PA dura, in genere, tra i 15 e i 20 anni, in base al modello utilizzato.

Ci sono diversi motivi per cui uno specialista può consigliare un intervento chirurgico di protesi articolare. Le più comuni affezioni sono: artrosi, artrite reumatoide, osteonecrosi, artrosi post-traumatica, artrosi secondaria e fratture. L'intervento chirurgico è comunque raccomandato solo nel caso in cui una di queste patologie si manifesti con grave dolore o rigidità articolare limitanti le attività di vita quotidiana. Non sono previsti limiti di età o peso, anche se un peso eccessivo potrebbe causare una minore longevità della protesi.

La maggior parte dei pazienti che si sottopongono a intervento di artroprotesi sono donne di età compresa tra i 65 e gli 74 anni (Riap, 2018). Gli obiettivi dell'intervento sono la riduzione del dolore e il miglioramento della mobilità articolare e delle capacità motorie, che portano ad un sensibile miglioramento della qualità della vita.

In Italia, come nel mondo, il numero di impianti di protesi ortopediche è in costante aumento: risultano infatti più che raddoppiato in 15 anni il numero di interventi al ginocchio e quintuplicato il numero di quelli alla spalla. L'anca resta ancora l'articolazione più operata (56%), seguita da ginocchio (38%) e spalla (4%) (Riap, 2018).

La Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia - SIOT afferma che l'Italia si attesta tra i primi Paesi in Europa per il numero di protesi impiantate: 200.000 l'anno. Dai report del Registro italiano artroprotesi (RIAP) risulta che il 46% delle strutture sanitarie che operano l'anca e il 53% di quelle che operano il ginocchio effettuano meno di 50 interventi di artroprotesi l'anno, un numero al di sotto del quale è più probabile che si verifichino complicanze dopo l'operazione.

Presso la Casa di Cura di Bra nell'arco del 2019 sono stati effettuati circa 700 interventi di artroprotesi, siano essi di anca, ginocchio o spalla.

Visto l'elevato numero di pazienti che afferiscono alla nostra struttura, si è deciso di individuare le criticità rilevate al momento dell'accoglienza nel servizio, al fine di migliorare l'ingresso e quindi la permanenza nel servizio dei pazienti. Un gruppo di progetto ha individuato le più importanti criticità nella nostra struttura:

- ✓ Impegno per un tempo rilevante di figure professionali (medico, infermiere e fisioterapista,) per un'adeguata accoglienza della persona assistita e del caregiver;
- ✓ Frammentazione e scarsa personalizzazione delle informazioni fornite durante l'accoglienza;
- ✓ Scarsa attenzione da parte del paziente e del caregiver alle informazioni fornite dal personale sanitario a causa dell'ansia preoperatoria;
- ✓ Alti livelli di ansia e paura preoperatoria.

Per cercare di migliorare questi aspetti si è creato nel nostro presidio ospedaliero e un gruppo di progetto multiprofessionale, composto da un infermiere, un fisiatra e un fisioterapista, per organizzare l'accoglienza del paziente e del caregiver, in modo da ottimizzare i tempi e gli strumenti di questo incontro, che ha lo scopo di fornire indicazioni e chiarimenti inerenti il percorso peri-operatorio e riabilitativo del paziente in ammissione.

IL NOSTRO PERCORSO

Il progetto si pone l'obiettivo di ottimizzare e rendere più efficace il colloquio di ammissione col paziente e caregiver, puntando a:

- ✓ Ridurre la frammentazione delle informazioni fornite al paziente e al caregiver;
- ✓ Ridurre il livello d'ansia e paura preoperatoria del paziente e dei congiunti;
- ✓ Incrementare la qualità percepita;
- ✓ Ridurre personale e tempi per l'accoglienza dei nuovi ammessi.

A questo fine è stato avviato uno studio mirato, prendendo in esame sia le modalità di accoglimento condotte fino ad allora, sia una nuova modalità definita dal gruppo di progetto.

Nella primavera del 2019 sono stati arruolati 200 soggetti sottoposti ad intervento di protesi articolare di anca o ginocchio. Nello specifico si è trattato di 116 uomini e 84 donne, con un'età media compresa tra i 65-75 anni. Sono stati previsti alcuni criteri d'esclusione: patologie psichiatriche diagnosticate; assunzione di terapia ansiolitica al domicilio; precedenti interventi di artroprotesi; interventi chirurgici e/o anestesie negli ultimi 10 anni.

Per 100 di questi pazienti si è proceduto ad un'ammissione individuale standard: nell'arco di circa 60 minuti, si è svolto l'accertamento medico e infermieristico (non previsto il fisioterapico) e allo stesso tempo si sono trasmesse le informazioni necessarie a soddisfare il fabbisogno informativo del paziente e del caregiver. In questo contesto le informazioni sono state fornite verbalmente e hanno riguardato quanto necessario al paziente in base all'esperienza personale dei singoli operatori.

Per altri 100 pazienti si è proceduto invece all'accoglienza da parte del team multidisciplinare. In precedenza sono stati predisposti: un dépliant informativo da consegnare al paziente nuovo ammesso, una presentazione da utilizzare al momento dell'informazione, ambedue allo scopo di facilitare la retention e la comprensione. Ulteriormente è stato predisposto un video che illustra i graduali progressi che si ottengono nel periodo post-operatorio.

Attraverso questi strumenti informativi, il paziente e i suoi congiunti possono apprendere più agilmente: l'organizzazione del reparto e delle giornate di degenza; la fase peri-operatoria e cosa la caratterizza; i principali sintomi post-operatori e come verranno affrontati; la verticalizzazione precoce, l'uso corretto degli ausili, l'assistenza sanitaria e il coinvolgimento dei caregiver. È stato anche impostato in reparto un setting adeguato: aula dotata di proiettore e posti a sedere sufficienti anche per caregiver e famigliari.

L'ammissione con modalità sperimentale è stata condotta individualmente, incontrando paziente, caregiver e altri familiari che lo richiedano e di cui il paziente chiede la partecipazione. L'incontro è organizzato in due diversi momenti: dapprima la trasmissione delle informazioni peri-operatorie (40 minuti), seguita dall'accoglienza medica, infermieristica e fisioterapica (30 minuti complessivi). Durante il colloquio si sono utilizzati i supporti informatici illustrati qui sopra.

Durante lo svolgimento dello studio si è andati a valutare: il numero di minuti dedicati all'accoglienza/accertamento, il livello di fabbisogno informativo raggiunto e il livello di ansia inerente l'intervento chirurgico e l'anestesia, il livello di preoccupazione legato al recupero funzionale post-operatorio, la presenza di ausili e accessori consoni alla verticalizzazione precoce, il gradimento della modalità informativa erogata.

Il livello di ansia e di fabbisogno informativo sono stati calcolati con la scala *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* - APAIS (Boker et al, 2002), somministrata: 1. al momento dell'ammissione nel servizio; 2. al momento di accoglienza/accertamento; 3. il giorno successivo prima dell'ingresso in sala operatoria.

Per quanto riguarda la preoccupazione per il recupero funzionale nel post-operatorio, è stata utilizzata la scala NRS, dove “0” rappresenta l’assenza di preoccupazione e “10” la preoccupazione massima.

Per valutare la retention delle informazione e la compliance del paziente sono state presi in considerazione alcuni criteri: il cambio abiti pronto sul comodino; lo svolgimento della doccia preoperatoria; la presenza di ausili adeguati per la verticalizzazione (stampelle, scarpe chiuse, calzascarpe), l’uso corretto delle stampelle, lo svolgimento delle cure igieniche.

Infine è stato distribuito a tutti pazienti un questionario di gradimento sulle modalità di accoglienza adottate che ha dimostrato (tab.3) un aumento del gradimento in tutte le voci prese in considerazione: gruppo A=16/24, gruppo B 24/24.

RISULTATI

Il primo importante esito è stata la riduzione delle risorse e del tempo dedicato all’accoglienza/accertamento. Infatti nell’arco di una giornata lavorativa abbiamo riscontrato un miglioramento importante:

- ✓ Nella modalità tradizionale utilizzavamo 60 minuti a testa per accoglienza e accertamento x 6 pazienti al giorno = 360 minuti quotidiani;
- ✓ Con la modalità sperimentale abbiamo utilizzato 40 minuti per l’accoglienza multidisciplinare di gruppo + 30 minuti cadauno per accertamento x 6 pazienti al giorno = 220 minuti quotidiani.

Si è così passati dai 360 minuti dell’accoglienza standard (gruppo A) ai 220 minuti dell’accoglienza di gruppo (gruppo B), con un risparmio giornaliero di 140 minuti.

Anche in relazione al ridimensionamento dell’ansia abbiamo riscontrato interessanti risultati (Tabella. 1). Gli esiti indicano che, attraverso l’accoglienza multidisciplinare di gruppo, diminuiscono sia il desiderio di informazione che il livello di ansia legati all’anestesia e all’intervento chirurgico. Il giorno successivo, immediatamente prima dell’ingresso in sala operatoria, il livello di ansia però aumenta nuovamente (Tabella. 2).

	Iniziale	Post-accoglienza		Sala operatoria	
		Gruppo A	Gruppo B	Gruppo A	Gruppo B
1. Sono preoccupato per l'anestesia	4	3	2	4	4
2. L'anestesia è continuamente nei miei pensieri	3	3	2	3	3
3. Vorrei conoscere quante più cose possibili sull'anestesia	4	3	2	nv	nv
4. Sono preoccupato per l'intervento chirurgico	4	3	2	4	4
5. L'intervento chirurgico è continuamente nei miei pensieri	3	3	2	3	3
6. Vorrei conoscere quante più cose possibili sull'intervento chirurgico	4	3	1	nv	nv

Tabella 1. – Risultati scala APAIS (per niente 1 – molto 5).

	Iniziale	post-accoglienza		sala operatoria	
		Gruppo A	Gruppo B	Gruppo A	Gruppo B
Desiderio di informazione (3+6)	8	6	3	nv	nv
Ansia combinata (1+2+4+5)	14	12	8	14	14

Tabella 2. – Sottoscale APAIS per informazione e ansia (Fabbisogno formativo: ≤4 basso, 5-7 medio, >8 elevato. Ansia: ≤10 basso, 11-15 medio, >15 elevato).

La metodologia multidisciplinare di gruppo è risultata molto utile nella riduzione del livello di preoccupazione gruppo B NRS = 4) rispetto all'accoglienza standard (gruppo A NRS = 6). Al momento dell'ammissione l'NRS era 7. Emerge un miglioramento anche per quanto riguarda i criteri inerenti retention e compliance: gruppo B=92/100, gruppo A=57/100.

Il questionario di gradimento sulle modalità di accoglienza adottate (Tabella 3) ha dimostrato un aumento del gradimento in tutte le voci prese in considerazione: gruppo A=16/24, gruppo B 24/24.

	Gruppo A	Gruppo B
Utilità incontro	3	4
Informazioni chiare, esaustive, comprensibili	2	4
Valutazione setting	3	4
Qualità figure professionali (conoscenza, padronanza, capacità espositiva)	3	4
Organizzazione	3	4
Libertà di espressione di dubbi e preoccupazioni	2	4

Tabella 3. – Questionario gradimento accoglienza (1 = per niente, 4 = molto).

CONCLUSIONI

L'ansia, il bisogno di informazioni e di rassicurazione accomunano la maggior parte dei pazienti in attesa di entrare in sala operatoria. L'accoglienza multidisciplinare di gruppo si è rivelata utile nella riduzione di questi aspetti. Le dinamiche gruppali hanno incoraggiato il paziente e la sua famiglia ad esprimere dubbi e paure. La standardizzazione delle informazioni trasmesse, l'ausilio di supporti cartacei e multimediali, la presenza delle diverse figure professionali hanno aumentato la compliance dell'assistito nel post-operatorio e nel periodo riabilitativo.

L'intervento proposto, molto gradito dai nostri pazienti, ha anche permesso di ottimizzare le risorse ed i tempi dedicati all'accoglienza, potendo così riorientare risorse al miglioramento dell'assistenza.

Fornire informazioni adeguate ed esaurienti all'assistito incide positivamente sul livello di ansia percepito al momento dell'ingresso in ospedale. Questo però aumenta nuovamente all'ingresso in sala operatoria. Potrebbe essere interessante sviluppare o applicare in futuro tecniche non farmacologiche per la sua riduzione, anche a ridosso dell'intervento.

Un altro aspetto degno di approfondimento è la ricaduta sul dolore percepito nel post-operatorio, ma al momento non è stato possibile studiarlo in quanto non è presente nel nostro servizio un protocollo farmacologico unico per la sua gestione. Sarebbe quindi difficile discernere tra l'efficacia dell'incontro formativo e la terapia somministrata.

Ci auspichiamo che questo modello possa essere utilizzato anche il altre strutture o per altre specialità chirurgiche.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

Knight S.R., Aujla R., Biswas S.P. (2011), *Total hip arthroplasty – over 100 years of operative history*. Orthop. Rew. Sep. 6; 3(2): e 16.

Registro Italiano Artroprotesi dell'Istituto Superiore di Sanità, disponibile da: riap.iss.it/riap/it/attivita/report/2018/12/21/report-riap-2018/ (u.c. giugno 2020).

Boker A., Brownell L., Donen N. (2002), *The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety*. Can J Anaesth. Oct; 49(8):792-8.