ALLEGATO D.A. N. 2025/2015

Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore

Documento realizzato in collaborazione tra Assessorato della Salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanzattiva

Indice

Introduzione e contesto regionale 3

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare Regionale 8

Scopo del documento 8

1. Standard Regionali per l'ottimizzazione del percorso di cura 9

Standard 1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS) 9
Standard 2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore 9
Standard 3: Garantire appropriati volumi di attività 10
Standard 4: Garantire la tempestività dell'intervento 10
Standard 5: Garantire la mobilizzazione precoce 10
Standard 6: Realizzare un modello di assistenza integrata 11
Standard 7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta 12
Standard 8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione 13
Standard 9: Pianificare una dimissione precoce 13
Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore 13

Elementi utili per l'organizzazione del Percorso di cura per il paziente con frattura di femore 15

2.1 Pronto Soccorso 15
2.2 Fase ospedaliera 16
Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica 17
Il nursing 17
Principali fattori clinici nel ritardo dell'intervento 17
Fattori organizzativi nell'accesso all'intervento chirurgico 20
2.3 Intervento chirurgico 21
Anestesia 21
Terapia di supporto trasfusionale 22
2.4 Fase post-operatoria 23
Principali aspetti da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria 23
La presa in carico riabilitativa precoce e la riabilitazione nella fase acuta 26
La Pianificazione della dimissione nella fase acuta 27
Modelli di dimissione precoce 28
2.5 Fase postacuta 28
Riabilitazione post-acuta 28
Prevenzione secondaria 29
Prevenzione secondaria a lungo termine 30
2.6 Continuità assistenziale 30

2. Indicazioni per le aziende sanitarie 33

APPENDICE 355

Introduzione e contesto regionale

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotroncanteriche). Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24-48 ore dall'ingresso in ospedale.

Un'ampia variazione nei tassi di mortalità per frattura del collo femore suggerisce che almeno alcuni di questi decessi siano da considerare potenzialmente evitabili. Il tasso di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura del collo del femore può variare anche di molto tra le diverse strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure ospedaliere, può essere causato da altri fattori di rischio: condizioni socioeconomiche, eventi precedenti il ricovero, stato di salute del paziente. (*FONTE PNE)

Di seguito vengono riportati alcuni dati estratti dalle fonti informative regionali e dal Piano Nazionale Esiti (SDO 2014).

Tabella 1.Tassi di Pazienti anziani con frattura di femore operati entro 48 ore (anno 2014)

AZIENDE OSPEDALIERE	n	N	Tasso_gr	Tadj	Inf	Sup	RR
A.R.N.A.S CIVICO	108	191	56.54	57.24	49.72	64.44	1.04
A.R.N.A.S. GARIBALDI	117	195	60.00	59.90	52.46	66.92	1.09
AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO	132	246	53.66	52.11	45.59	58.57	0.95
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - CT	80	162	49.38	57.50	49.37	65.25	1.04
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - ME	74	113	65.49	69.28	59.94	77.28	1.26
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - PA	85	140	60.71	57.90	49.29	66.06	1.05
AZIENDE RIUNITE PAPARDO-PIEMONTE	140	177	79.10	81.51	74.94	86.69	1.48
AZIENDE RIUNITE VILLA SOFIA-CERVELLO	316	485	65.15	64.85	60.31	69.14	1.18

ASP Residenza pazienti	n	N	Tasso_gr	Tadj	Inf	Sup	RR
AGRIGENTO	282	552	51.09	50.28	45.94	54.62	0.91
CALTANISSETTA	192	332	57.83	56.77	51.18	62.19	1.03
CATANIA	729	1229	59.32	60.38	57.50	63.18	1.10
ENNA	74	218	33.94	34.51	28.33	41.26	0.63
MESSINA	414	793	52.21	54.90	51.28	58.47	1.00
PALERMO	872	1547	56.37	54.26	51.65	56.84	0.99
RAGUSA	265	391	67.77	66.54	61.48	71.26	1.21
SIRACUSA	255	467	54.60	55.77	51.03	60.41	1.01
TRAPANI	272	567	47.97	48.74	44.47	53.02	0.89

MEDIA REGIONALE:	55.04

Grafico 1. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (Italia)

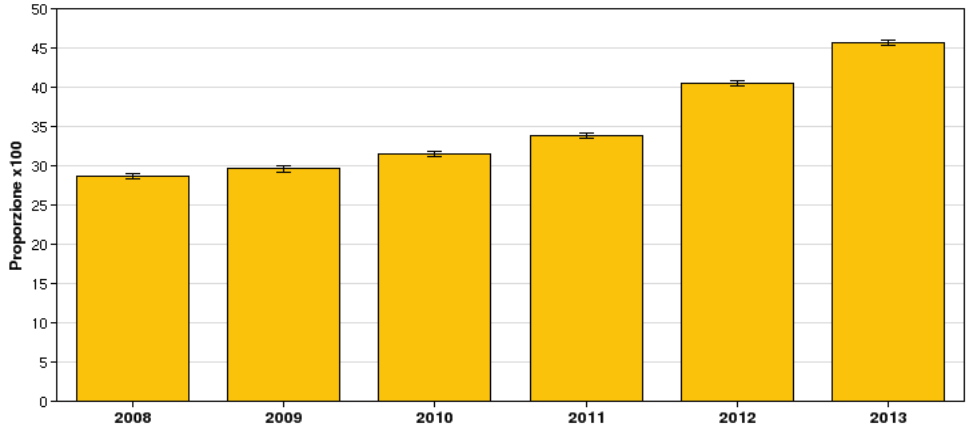

Grafico 2. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero - Italia 2013

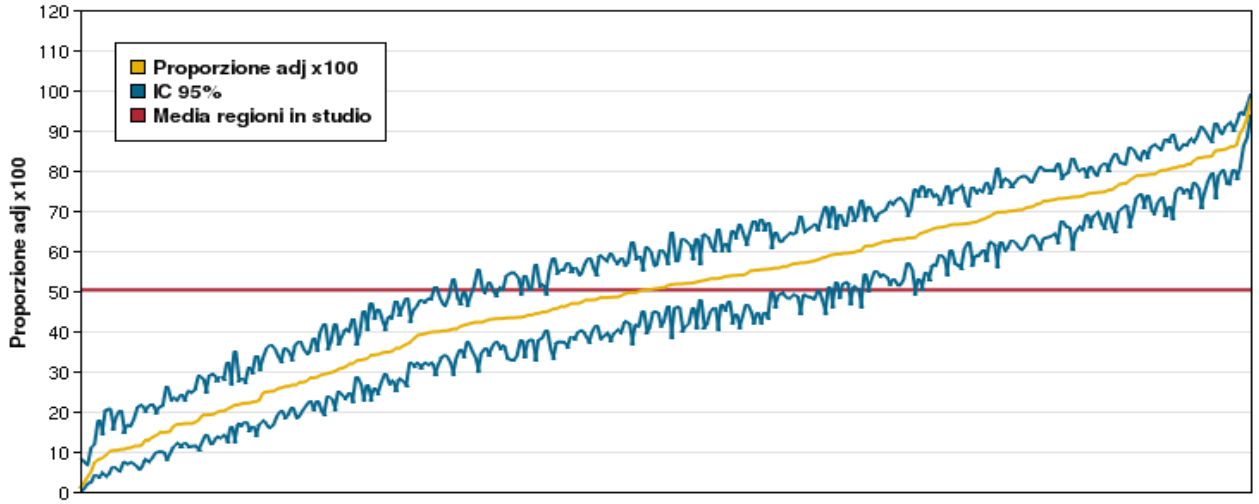

Tabella 2: Mortalità a 30 gg dopo ricovero di frattura di femore in pazienti over 65 (SDO 2014 e RENCAM 2014) calcolati per singolo erogatore (Sicilia 2014)

Denominzione struttura	stab	numeratore	denominatore	tgr*100	tipoazienda
Fondazione San Raffaele - G. Giglio di Cefalu (PA)	19017900	7	160	4,38	ASP PA
Ospedale Classificato Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli di Palermo	19019900	14	197	7,11	ASP PA
P.O. S. Giovanni Di Dio di Agrigento	19030100	13	184	7,07	ASP AG
P.O. San Giacomo DAltopasso di Licata (AG)	19030300	6	129	4,65	ASP AG
P.O. Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (AG)	19030500	3	168	1,79	ASP AG
P.O. S. Elia di Caltanissetta	19030600	15	170	8,82	ASP CL
P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli (CL)	19030700	5	62	8,06	ASP CL
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	19030900	2	81	2,47	ASP CL
P.O. S. Marta e S. Venera di Acireale (CT)	19031200	24	169	14,20	ASP CT
P.O. Maria SS. Addolorata di Biancavilla (CT)	19031400	4	63	6,35	ASP CT
P.O. Castiglione Prestianni di Bronte (CT)	19031500	2	34	5,88	ASP CT

P.O. Ss. Salvatore di Paterno (CT)	19031600	5	71	7,04	ASP CT
P.O. Gravina di Caltagirone (CT)	19031700	10	127	7,87	ASP CT
P.O. Umberto I di Enna	19031900	5	82	6,10	ASP EN
P.O. M. Chiello di Piazza Armerina (EN)	19032000	3	43	6,98	ASP EN
P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN)	19032200	13	68	19,12	ASP EN
P.O. Cutroni Zodda di Barcellona P.G. (ME)	19032300	0	1	0,00	ASP ME
P.O. Generale di Milazzo	19032500	7	98	7,14	ASP ME
P.O. San Vincenzo di Taormina	19032600	10	104	9,62	ASP ME
P.O. S. Salvatore di Mistretta	19032700	0	1	0,00	ASP ME
P.O. Barone Romeo di Patti	19032800	4	49	8,16	ASP ME
P.O. Generale di S. Agata Militello	19032900	3	117	2,56	ASP ME
P.O. Civico di Partinico	19033200	5	45	11,11	ASP PA
P.O. Barone Paolo Agliata di Petralia Sottana	19033300	1	1	100,00	ASP PA
P.O. S. Cimino di Termini Imerese	19033400	2	86	2,33	ASP PA
P.O. G. F. Ingrassia di Palermo	19033500	4	71	5,63	ASP PA
P.O. Civile-OMPA di Ragusa	19033800	8	125	6,40	ASP RG
P.O. Regina Margherita di Comiso	19033900	0	1	0,00	ASP RG
P.O. Maggiore di Modica	19034000	7	124	5,65	ASP RG
P.O. R. Guzzardi di Vittoria	19034200	9	124	7,26	ASP RG
P.O. Trigona di Noto	19034400	5	82	6,10	ASP SR
P.O. Umberto I di Siracusa	19034500	6	198	3,03	ASP SR
P.O. Generale di Lentini	19034700	8	120	6,67	ASP SR
P.O. B. Nagar di Pantelleria	19035000	1	6	16,67	ASP TP
P.O. S. Antonio Abate di Trapani	19035100	11	176	6,25	ASP TP
P.O. Vittorio Emanuele II di Castelvetrano	19035200	7	108	6,48	ASP TP
P.O. San Biagio di Marsala	19035300	12	158	7,59	ASP TP
Casa di Cura Villa dei Gerani - Trapani	19050100	4	43	9,30	ASP TP
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	19050600	0	3	0,00	ASP CL
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	19050700	0	1	0,00	ASP SR
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	19050900	3	41	7,32	ASP SR
Casa di Cura G. B. Morgagni - Catania	19051300	2	28	7,14	ASP CT
Casa di Cura S. Rita S.R.L. - Catania	19051500	0	15	0,00	ASP CT
Casa di Cura Russo Mater Dei - Catania	19051600	0	6	0,00	ASP CT
Centro Catanese di Medicina e Chirurgia - Catania	19052000	2	6	33,33	ASP CT
I.O.M.I. - F. Scalabrino - Ganzirri	19052400	1	46	2,17	ASP ME
Casa di Cura Cristo Re - Messina	19052600	1	39	2,56	ASP ME
Casa di Cura Carmona - Arcobaleno S.R.L. - Messina	19052700	0	1	0,00	ASP ME
Casa di Cura Villa Salus - Messina	19052800	0	11	0,00	ASP ME
C.O.T. (Cure Ortopediche Traumatologiche) - Messina	19053000	1	11	9,09	ASP ME
Casa di Cura Igea S.N.C. - Partinico (PA)	19053200	0	2	0,00	ASP PA
Casa di Cura Orestano S.R.L. - Palermo	19053400	2	14	14,29	ASP PA
Casa di Cura Villa Serena S.R.L. - Palermo	19053700	1	6	16,67	ASP PA
Casa di Cura Noto Pasqualino S.R.L. - Palermo	19053800	2	24	8,33	ASP PA
Casa di Cura Demma S.R.L. - Palermo	19054000	0	7	0,00	ASP PA
Casa di Cura Macchiarella S.p.A. - Palermo	19054100	2	15	13,33	ASP PA
Casa di Cura Torina S.p.A. - Palermo	19054200	3	23	13,04	ASP PA
Casa di Cura Cosentino S.R.L. - Palermo	19054500	1	6	16,67	ASP PA
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	19070100	0	2	0,00	ASP SR
Casa di Cura Musumeci Gecas S.R.L. - Catania	19071200	0	9	0,00	ASP CT
Casa di Cura Latteri S.R.L. - Palermo	19071800	1	15	6,67	ASP PA
Casa di Cura Valsalva Aurora - Catania	19072300	0	5	0,00	ASP CT
Casa di Cura Argento - Catania	19072500	0	2	0,00	ASP CT
A.O. per Emergenza Cannizzaro - Catania	19092100	21	221	9,50	AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi Centro - Catania	19092201	9	110	8,18	A.R.N.A.S. GARIBALDI

A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Nesima - Catania	19092204	9	61	14,75	A.R.N.A.S. GARIBALDI
A.O. Universitaria Policlinico di Catania Ferrarotto	19092302	13	152	8,55	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - CT
A.O. Ospedali Riuniti Papardo - Messina	19092401	13	108	12,04	AZIENDE RIUNITE PAPARDO-PIEMONTE
A.O. Ospedali Riuniti Piemonte - Messina	19092402	3	57	5,26	AZIENDE RIUNITE PAPARDO-PIEMONTE
A.O. Universitaria Policlinico di Messina	19092500	6	103	5,83	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - ME
A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia - Palermo	19092601	24	440	5,45	AZIENDE RIUNITE VILLA SOFIA-CERVELLO
A.O. Ospedali Riuniti Cervello - Palermo	19092603	0	1	0,00	AZIENDE RIUNITE VILLA SOFIA-CERVELLO
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Palermo	19092701	13	168	7,74	A.R.N.A.S CIVICO
A.O. Universitaria Policlinico di Palermo	19092800	7	129	5,43	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - PA
IRCCS Oasi Maria SS. di Troina	19095000	0	1	0,00	ASP EN
IO Rizzoli	19097000	0	1	0,00	ASP PA

Tabella 3: Mortalità a 30 gg dopo ricovero di frattura di femore in pazienti over 65 (SDO 2014 e RENCAM 2014) calcolati per residenza (Sicilia 2014)

Nome_ASL	numeratore_pz	denominatore_pz	tgr
AGRIGENTO	26	500	5,20
CALTANISSETTA	20	305	6,56
CATANIA	105	1120	9,38
ENNA	21	202	10,40
MESSINA	45	725	6,21
PALERMO	87	1418	6,14
RAGUSA	22	348	6,32
SIRACUSA	23	414	5,56
TRAPANI	36	504	7,14
Sicilia	**385**	**5536**	**6,95**

Tabella 4: Percentuale di pazienti NON operati *

Strutture	Totale Fratture	No_Int	Int	% No_Int
A.O. Ospedali Riuniti Cervello - Palermo	1	0	1	0.00
A.O. Ospedali Riuniti Papardo - Messina	114	1	113	0.88
A.O. Ospedali Riuniti Piemonte - Messina	63	2	61	3.17
A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia - Palermo	484	12	472	2.48
A.O. Universitaria Policlinico di Catania Ferrarotto	162	7	155	4.32
A.O. Universitaria Policlinico di Messina	113	12	101	10.62
A.O. Universitaria Policlinico di Palermo	140	12	128	8.57
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Palermo	191	28	163	14.66
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi Centro - Catania	131	4	127	3.05
A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Nesima - Catania	64	14	50	21.88
A.O. per Emergenza Cannizzaro - Catania	246	21	225	8.54
C.O.T. (Cure Ortopediche Traumatologiche) - Messina	12	1	11	8.33
Casa di Cura Argento - Catania	4	0	4	0.00
Casa di Cura Carmona - Arcobaleno S.R.L. - Messina	1	0	1	0.00
Casa di Cura Cosentino S.R.L. - Palermo	7	0	7	0.00
Casa di Cura Cristo Re - Messina	43	9	34	20.93
Casa di Cura Demma S.R.L. - Palermo	7	0	7	0.00
Casa di Cura G. B. Morgagni - Catania	28	7	21	25.00
Casa di Cura Igea S.N.C. - Partinico (PA)	2	1	1	50.00
Casa di Cura Lanteri Villa Fiorita S.p.A. - Catania	1	0	1	0.00
Casa di Cura Latteri S.R.L. - Palermo	16	1	15	6.25
Casa di Cura Macchiarella S.p.A. - Palermo	15	4	11	26.67
Casa di Cura Musumeci Gecas S.R.L. - Catania	10	2	8	20.00
Casa di Cura Noto Pasqualino S.R.L. - Palermo	24	1	23	4.17
Casa di Cura Nuova Clinica Villa Rizzo - Siracusa	2	0	2	0.00
Casa di Cura Orestano S.R.L. - Palermo	16	1	15	6.25
Casa di Cura Russo Mater Dei - Catania	7	0	7	0.00
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	3	0	3	0.00
Casa di Cura S. Rita S.R.L. - Catania	15	2	13	13.33
Casa di Cura Santa Lucia - Siracusa	1	0	1	0.00
Casa di Cura Torina S.p.A. - Palermo	23	4	19	17.39
Casa di Cura Valsalva Aurora - Catania	5	0	5	0.00
Casa di Cura Villa Salus - Messina	11	0	11	0.00
Casa di Cura Villa Serena S.R.L. - Palermo	8	0	8	0.00
Casa di Cura Villa dei Gerani - Trapani	46	6	40	13.04
Centro Catanese di Medicina e Chirurgia - Catania	6	0	6	0.00
Fondazione San Raffaele - G. Giglio di Cefalu (PA)	174	3	171	1.72
I.O.M.I. - F. Scalabrino - Ganzirri	54	3	51	5.56
IO Rizzoli	1	0	1	0.00
IRCCS Oasi Maria SS. di Troina	1	0	1	0.00
Istituto Ortopedico Villa Salus - Augusta (SR)	52	6	46	11.54
Ospedale Classificato Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli di Palermo	205	9	196	4.39
P.O. B. Nagar di Pantelleria	9	7	2	77.78
P.O. Barone Paolo Agliata di Petralia Sottana	1	0	1	0.00
P.O. Barone Romeo di Patti	54	10	44	18.52
P.O. Carlo Basilotta di Nicosia (EN)	73	8	65	10.96
P.O. Castiglione Prestianni di Bronte (CT)	37	7	30	18.92
P.O. Civico di Partinico	52	0	52	0.00
P.O. Civile-OMPA di Ragusa	140	11	129	7.86
P.O. Cutroni Zodda di Barcellona P.G. (ME)	1	1	0	100.00
P.O. G. F. Ingrassia di Palermo	78	3	75	3.85
P.O. Generale di Lentini	130	20	110	15.38
P.O. Generale di Milazzo	107	9	98	8.41
P.O. Generale di S. Agata Militello	126	16	110	12.70
P.O. Gravina di Caltagirone (CT)	141	9	132	6.38
P.O. M. Chiello di Piazza Armerina (EN)	46	8	38	17.39
P.O. Maggiore di Modica	139	24	115	17.27
P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli (CL)	68	8	60	11.76
P.O. Maria SS. Addolorata di Biancavilla (CT)	72	2	70	2.78
P.O. Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (AG)	191	25	166	13.09
P.O. R. Guzzardi di Vittoria	140	35	105	25.00
P.O. Regina Margherita di Comiso	1	0	1	0.00
P.O. S. Antonio Abate di Trapani	196	21	175	10.71
P.O. S. Cimino di Termini Imerese	95	4	91	4.21
P.O. S. Elia di Caltanissetta	174	5	169	2.87
P.O. S. Giovanni Di Dio di Agrigento	206	19	187	9.22
P.O. S. Marta e S. Venera di Acireale (CT)	185	5	180	2.70
P.O. S. Salvatore di Mistretta	1	0	1	0.00
P.O. San Biagio di Marsala	178	16	162	8.99
P.O. San Giacomo DAltopasso di Licata (AG)	139	7	132	5.04
P.O. San Vincenzo di Taormina	114	7	107	6.14
P.O. Ss. Salvatore di Paterno (CT)	76	3	73	3.95
P.O. Trigona di Noto	94	8	86	8.51
P.O. Umberto I di Enna	89	27	62	30.34
P.O. Umberto I di Siracusa	218	30	188	13.76
P.O. Vittorio Emanuele II di Castelvetrano	123	34	89	27.64
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	93	13	80	13.98
Totale Sicilia	**6096**	**575**	**5521**	**9.43**

** sono applicati i criteri di inclusione-esclusione previsti dal PNE – AGENAS*

Tabella 5: Percentuale di re-ricoveri di pazienti dimessi dopo frattura del collo del femore in riabilitazione intensiva (codice 056) ed estensiva (codice 060)

Codice reparto	% re-ricoveri di pazienti dimessi dopo frattura di femore
056	23,68
060	3,91
Totale	27,58

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare Regionale

Il presente documento è stato realizzato dal Gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione della frattura del femore composto da:

Giuseppe Murolo Servizio 5 DASOE
Grazia Buonasorte - Servizio 5 DASOE
Giovanni De Luca - Servizio 5 DASOE
Attilio Mele Servizio Trasfusionale DASOE
Salvatore Scondotto - Servizio Epidemiologico DASOE
Roberto Sciortino (ASOTO) UOC Ortopedia ARNAS Civico Palermo
Gianfranco Longo (ASOTO) UOC Ortopedia AO Cannizzaro Catania
Michele Riili (AAROI) UOC Anestesia e Rianimazione ASP Palermo
Giancarlo Foresta (AAROI) UOC Anestesia e Rianimazione ASP Caltanissetta
Giacomo Chiarandà (ANMCO) UOC Cardiologia ASP Catania
Giovanni Polizzi (ANMCO) UOC Cardiologia ASP Palermo
Pietro Marano Segretario Regionale (SIMFER)
Sara Lanza (SIMFER) UOC di Riabilitazione ASP Ragusa
Gabriele Nicolosi (FADOI) Direttore UOC Medicina Interna AOOR Villa Sofia Cervello
Clemente Giuffrida Presidente SIMEU
Giuseppe Greco Segretario Regionale Cittadinanzattiva

Scopo del documento

Lo scopo principale del documento è quello di fornire agli operatori e alle direzioni aziendali gli standard regionali da perseguire, in coerenza alle indicazioni della letteratura scientifica, al fine di garantire alle persone anziane affette da frattura di femore prossimale un approccio assistenziale uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale.
Il Gruppo di lavoro ha individuato i seguenti standard:
Standard 1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)
Standard 2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore
Standard 3: Garantire appropriati volumi di attività
Standard 4: Garantire la tempestività dell'intervento
Standard 5: Garantire la mobilizzazione precoce
Standard 6: Realizzare un modello di assistenza integrata
Standard 7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta
Standard 8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione
Standard 9: Pianificare una dimissione precoce

Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore

La qualità del percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore dipende dal raggiungimento dei 10 standard sopra indicati. Il mancato raggiungimento di uno solo dei 10 standard prefissati rischia di compromettere la qualità e la sicurezza dell'intero percorso assistenziale integrato.

Il documento è strutturato in tre parti:
1. Standard regionali per l'ottimizzazione del percorso di cura
2. Elementi utili per l'organizzazione del Percorso di cura per Il paziente con frattura di femore
3. Monitoraggio e implementazione degli Standard regionali

1. Standard Regionali per l'ottimizzazione del percorso di cura

Standard 1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)

Razionale: I pazienti con sospetta frattura di femore devono essere tempestivamente valutati dal medico di PS in modo da poter essere trasferiti in reparto o sala operatoria, se libera, entro e non oltre le prime 4 ore dall'accesso al PS.

Indicatore 1: Tempo di permanenza in pronto soccorso (entrata – uscita) (Fonte: EMUR/ RAD esito)

Valore Atteso: < 4 ore

Standard 2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore

Razionale: La stabilizzazione chirurgica della frattura rappresenta lo standard procedurale per la frattura di femore nell'anziano ed il trattamento conservativo non deve normalmente superare il 5% della casistica. I pazienti non trattati chirurgicamente presentano un maggiore incidenza di complicanze, un incremento della mortalità e minori probabilità di ritornare autonomi al domicilio. Il trattamento chirurgico rimane vantaggioso anche nei pazienti ultranovantenni. Secondo le principali linee guida la scelta conservativa può essere appropriata in poche situazioni critiche, quali grave instabilità cardiovascolare non emendabile, neoplasie terminali, grave sindrome ipocinetica, oppure nel caso di fratture intracapsulari composte che consentano la mobilizzazione, o per rifiuto "informato" dell' intervento. Tuttavia anche in condizioni critiche la scelta chirurgica può essere presa in considerazione se necessaria per migliorare la gestione del nursing o il controllo del dolore nell'ambito di un programma di cure palliative.

Indicatore 2: **% di pazienti NON operati** (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas)

Valore atteso:

≤ 7% **(**Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2016).

≤ 5% **(**Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2017).

Standard 3: Garantire appropriati volumi di attività

Razionale: L'intesa della Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" indica quale importante parametro di riferimento per le Regioni i volumi di attività e la valutazione degli esiti. Relativamente all'intervento chirurgico per la di frattura di femore riporta la soglia minima di volume di attività di **75 interventi annui per struttura complessa**.

Indicatore 3: Numero interventi annui per struttura complessa **(**Soglia minima di volume di attività; valore atteso 75 interventi/ anno).

Standard 4: Garantire la tempestività dell'intervento

Razionale: La precocità dell'intervento chirurgico è uno degli obiettivi principali da perseguire, che nella nostra Regione costituisce da diversi anni obiettivo dei Direttori generali. Diversi studi, condotti anche su popolazione italiana, hanno rilevato un'associazione fra ritardo dell'intervento e incremento della mortalità a breve e a lungo termine. L'effetto negativo sembra aumentare progressivamente con l'aumento del tempo di attesa ed è massimo nei pazienti trattati con terapia conservativa. Ritardi oltre le 48 ore sono stati associati a un raddoppio del rischio di complicanze mediche maggiori (embolia polmonare, eventi cardiaci che richiedono trasferimenti in Unità Coronarica, sepsi, insufficienza renale con dialisi, insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione assistita) ma anche ritardi oltre le 24 ore aumentano il rischio di eventi avversi definiti "minori", quali delirium, trombosi venose profonde, infezioni, eventi cardiaci e polmonari senza necessità di trattamenti intensivi. Si ricorda come sulla precocità di intervento possa incidere in maniera negativa, assieme ad altri fattori, anche i tempi per l'esecuzione preoperatoria di indagini diagnostiche (spesso di secondo livello) e laboratoristiche ridondanti, che possono avere ruolo nell'ambito di una chirurgia elettiva.

Indicatore 4: %percentuale pazienti operati entro 48 ore (criteri inclusione/esclusione PNE; come da obiettivi assegnati ai Direttori Generali)

Standard 5: Garantire la mobilizzazione precoce

Razionale: La rapida ripresa della mobilità dopo l'intervento chirurgico rappresenta un punto cardine del percorso del paziente anziano con frattura di femore. Il paziente clinicamente compensato e con sintesi stabile deve iniziare la mobilizzazione in prima giornata postoperatoria, secondo un protocollo formalizzato e condiviso dal team multidisciplinare. Dopo l'intervento

chirurgico anche brevi ritardi nella mobilizzazione possono comportare una aumento della incidenza di complicanze quali polmoniti e delirium e aumentare la durata della degenza. Poiché sembra determinante il numero complessivo di giorni trascorsi nell'immobilità dal momento della frattura, un ritardo oltre 48 ore, nella mobilizzazione postoperatoria, potrebbe vanificare l'effetto positivo dell'intervento chirurgico. Una ripresa tempestiva della deambulazione accelera invece il recupero funzionale e aumenta la probabilità che il paziente sia dimesso direttamente al domicilio oppure essere trasferito precocemente presso un centro di riabilitazione.

Indicatore 5.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso per avviare la mobilizzazione precoce.

Indicatore 5.2: % pz con carico precoce entro 48 h

Valore Atteso: v.a. > 20%

Indicatore 5.3: % pz verticalizzati entro 48 h

Valore Atteso: v.a. > 30%

Standard 6: Realizzare un modello di assistenza integrata

Razionale: È necessario un approccio multidisciplinare attraverso la formalizzazione di un team che si riunisce periodicamente e che comprenda l'ortopedico, il geriatra/internista, l'anestesista, il cardiologo, il fisiatra, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale e altri professionisti che possono variare secondo i bisogni del singolo paziente al fine di garantire la continuità del processo di cura integrato ospedale-territorio-domicilio. Tutti i membri del team devono possedere una specifica preparazione sul paziente anziano.

Le evidenze disponibili non riportano una specifica tipologia di reparto (esempio reparto dedicato di ortogeriatria/medicina o reparto generale di ortopedia) ma indicano in modo chiaro che il paziente anziano con frattura di femore da fragilità, a causa della complessità clinica e dell'elevato rischio di complicanze, richieda un modello di assistenza multidisciplinare integrata e che sia gestito fin dall'ingresso in reparto di degenza con il supporto quotidiano del geriatra/internista.

Indicatore 6.1: Formalizzazione di un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale, che includa la funzione infermieristica, per la gestione integrata del paziente ≥ 65 aa con frattura di femore

Indicatore 6.2: Formalizzazione e applicazione di una matrice di responsabilità differenziate tra i professionisti coinvolti nel processo assistenziale – terapeutico – riabilitativo, che includa le attività infermieristiche

Indicatore 6.3: Realizzazione documentata e sistematica di audit multidisciplinari e multiprofessionali

Standard 7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta

Razionale: l'assistenza ospedaliera al paziente anziano con frattura di femore prevede:

- l'implementazione di procedure evidence-based quali la profilassi antitrombotica, la prevenzione delle lesioni da pressione e la profilassi antibiotica;
- l'applicazione dell'approccio multidimensionale geriatrico/internistico, che comprende la valutazione e la gestione di multimorbidità e dolore, stato cognitivo, tono dell'umore, stato nutrizionale, stato funzionale pre-frattura riguardo alle attività di base della vita quotidiana, alle attività strumentali e alla mobilità, nonché condizioni sociali ed economiche;
- la stesura di protocolli e procedure per: il controllo del dolore, la prevenzione dei decubiti, la gestione del catetere vescicale, la funzione intestinale e la prevenzione dell'ileo paralitico, la somministrazione perioperatoria di ossigeno e l'idratazione. Altri aspetti più complessi ed interdisciplinari che richiedono una condivisione possibilmente formalizzata da parte del team di cura con l'integrazione di altri specialisti di riferimento è rappresentata dalla prevenzione della malnutrizione e dal supporto nutrizionale, dalla controllo dell'anemia e gestione delle trasfusioni e dalla prevenzione e trattamento del delirium. La prevenzione delle più frequenti complicanze riduce la durata della degenza e migliora gli outcome della fase acuta.

Indicatore 7.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso che includa i seguenti aspetti:

- prevenzione del tromboembolismo venoso;
- prevenzione delle ulcere da pressione e profilassi antibiotica;
- l'assessment geriatrico/internistico globale;
- i criteri di stabilità clinica e le procedure preoperatorie;
- la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante;
- la prevenzione del delirium;
- la prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico;
- la gestione del dolore;
- la gestione della ipovolemia;
- la gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale;
- la valutazione dello stato nutrizionale e la supplementazione calorico-proteica;
- la terapia e il supporto trasfusionale;
- il monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno;

Standard 8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione

Razionale: Occorre garantire a tutti i pazienti ricoverati in acuzie, inclusi quelli con deterioramento cognitivo, un percorso post-acuto multidisciplinare e multidimensionale che comprende un adeguato trattamento riabilitativo con la presa in carico omnicomprensiva da parte del team della riabilitazione, così come individuato nel "Piano della riabilitazione" pubblicato nella GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12, attraverso il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) articolato nei diversi programmi riabilitativi.

Nella fase post operatoria il fisiatra deve attivare il progetto riabilitativo indicando il setting più appropriato al paziente.

L'esecuzione delle attività previste per la realizzazione dell'intervento riabilitativo e le eventuali modifiche apportate al PRI devono essere registrate nella cartella clinica riabilitativa che deve essere parte integrante della documentazione clinica del paziente**.**

Indicatore 8.1: % accesso in riabilitazione 056 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa

Indicatore 8.2: % accesso in riabilitazione 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa

Indicatore 8.3: % accesso sia in 056 che 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa

Indicatore 8.4: % di conformità al controllo analitico delle cartelle cliniche effettuato ai sensi del Piano Annuale Controlli Analitici (PACA) con riferimento alle schede della riabilitazione.

Standard 9: Pianificare una dimissione precoce

Razionale: Occorre elaborare il piano di dimissione precoce fin dall'ammissione in ospedale; garantire adeguati programmi di prevenzione secondaria (rischio di frattura sia sul versante osteometabolico che sul rischio di caduta) e la continuità assistenziale con i servizi socio-sanitari territoriali, promuovere il ripristino delle condizioni di vita precedenti alla frattura.

Indicatore 9.1: Adozione formale di un Programma interaziendale condiviso dalle strutture sanitarie delle aree metropolitane e/o provinciali per assicurare la continuità delle cure ai pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore e favorire il ritorno alla precedente situazione residenziale.

Indicatore 9.2: Formalizzazione e condivisione di un protocollo aziendale per la prevenzione secondaria nei pazienti con frattura di femore.

Indicatore 9.3: controllo analitico dell'evidenza documentale della scheda di programmazione ed interventi di procedure diagnostiche e delle modalità di dimissione.

Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore

Misurare la qualità percepita dei pazienti con frattura di femore utilizzando il Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale (allegato nell'appendice) al fine di considerare nella valutazione multidimensionale anche la prospettiva del paziente e/o loro familiari.

Indicatore 10: Report annuale di misurazione della qualità percepita del paziente con frattura di femore utilizzando il Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale

Elementi utili per l'organizzazione del Percorso di cura per il paziente con frattura di femore

2.1 Pronto Soccorso

Il paziente che accede al pronto soccorso (PS) con la tipica sintomatologia sospetta per frattura di femore (dolore all'inguine, arto accorciato ed extra ruotato, impossibilità alla mobilizzazione) insorta dopo eventi traumatici minori o anche semplici spostamenti, viene accettato in codice giallo e avviato a visita medica. Gli infermieri di Triage debbono essere formati nel riconoscimento del sospetto di frattura di femore in modo da attivare l'iter previsto nei tempi raccomandati. La valutazione clinica comprende un attento esame obiettivo (con particolare attenzione alla capacità di deambulazione antecedente alla caduta e a eventuali danni neurologici).
La consulenza ortopedica va attivata immediatamente dopo la conferma della frattura o persistenza del dubbio diagnostico. I pazienti con sospetta frattura di femore devono poter essere trasferiti in reparto o in sala operatoria, se libera, entro e non oltre le prime 4 ore dall'accesso al PS. L'ora di arrivo al PS e l'ora di arrivo in reparto devono essere registrate.
Il ricovero rappresenta la procedura standard per tutti i pazienti anziani con frattura di femore anche nel caso venga prospettata una terapia conservativa essendo di regola necessario stabilizzare le condizioni cliniche, ottimizzare il trattamento del dolore e consentire di organizzare una dimissione protetta con adeguato supporto medico-infermieristico e assistenziale.

Al fine di consentire l'accesso rapido in sala operatoria dei pazienti stabili è raccomandata la effettuazione di una batteria di esami:

Indagini strumentali ed esami biochimici in PS

- Rx anca - Rx bacino – Rx assiale anca (in caso di radiografie dubbie o di forte sospetto clinico pur in presenza di lastre negative l'esame di scelta è rappresentato dalla RMN. Se non è possibile eseguire RMN entro 24 ore o vi sono controindicazioni alla sua esecuzione può essere eseguita una TAC);
- Radiografia del torace preoperatoria;
- ECG (in caso di ECG patologico si procederà a consulenza cardiologica e contestualmente si programmeranno eventuali approfondimenti diagnostici);
- Esami biochimici preoperatori tra cui anche l'esame del gruppo sanguigno che in questa fase può accelerare l'avvio rapido all'intervento chirurgico in caso di pazienti stabili.

Procedure per i pazienti con frattura di femore in PS

Le linee guida raccomandano inoltre di eseguire già in fase di emergenza una serie di procedure finalizzate alla prevenzione delle complicanze nelle fasi successive che comprendano:

- **Valutazione e controllo del dolore**. La presenza di dolore deve essere registrata nella documentazione del PS e regolarmente rivalutata attraverso scale con monitoraggio periodico. Le scale di misurazione da utilizzare sono la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale) e la

scala PAINAD.
La terapia antalgica prevede il paracetamolo come farmaco di prima scelta. Non si esclude l'utilizzo di oppioidi, anche in associazione, in base al livello del dolore percepito dal paziente, mentre sono sconsigliati i FANS.
Attenzione specifica al dolore deve essere posta durante la movimentazione del paziente per l'esecuzione degli esami. L'uso routinario della trazione preoperatoria non è basato su evidenze adeguate e non è raccomandato.

- **Infusioni di liquidi**. La gran parte dei pazienti con frattura di femore è in carenza idrica o presenta alterazioni elettrolitiche. È consigliabile iniziare già in PS l'infusione di soluzione fisiologica o di soluzioni bilanciate elettrolitiche prestando attenzione al possibile sovraccarico di circolo in paziente con importanti comorbidità. Le alterazioni elettrolitiche vanno adeguatamente trattate nel reparto di degenza.

- **Prevenzione delle lesioni da pressione**. Deve iniziare già in PS mediante l'utilizzo di appropriati presidi. All'uopo si ricorda inoltre di evitare eventuali permanenze protratte dei pazienti su barelle spinali rigide (oltre i 60-90 minuti).

- **Riscaldamento del paziente**, soprattutto nel caso di permanenza in PS per un periodo superiore alle 4 ore.

2.2 Fase ospedaliera

Si raccomanda che il percorso di cura del paziente anziano con frattura di femore, sin dalla fase iniziale del ricovero, si avvalga di competenze ortopediche e geriatriche/internistiche .

Al fine di garantire continuità assistenziale in tutte le fasi dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale deve essere formalizzato il team multidisciplinare e multiprofessionale a cui partecipano stabilmente l'ortopedico, il geriatra/internista, il cardiologo, l'anestesista, il fisiatra, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale e altri professionisti che possono variare secondo i bisogni del singolo paziente al fine di garantire la continuità del processo di cura integrato ospedale – territorio - domicilio.

Ciascuna Azienda sanitaria deve pertanto recepire, predisporre e formalizzare un Programma relativo al percorso integrato del paziente anziano con fratture di femore che, a partire dal ricovero in un reparto ortopedico, definisca i seguenti aspetti:

- Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica

- Ottimizzazione delle condizioni cliniche ai fini dell'intervento

- Identificazione precoce obiettivi riabilitativi

- Monitoraggio orto-geriatrico-internistico
- Integrazione socio-sanitaria e prevenzione

Si raccomanda alle Direzioni Aziendali di garantire, al paziente anziano con frattura di femore, nei giorni festivi e prefestivi, i medesimi livelli assistenziali, organizzativi e qualitativi dei giorni feriali.

Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica

L'assessment multidimensionale costituisce la metodologia di approccio al paziente e la base per l'intervento di cura e le scelte decisionali. Esso deve essere eseguito all'ingresso in reparto o comunque il più rapidamente possibile (solitamente entro 48 ore dal ricovero anche nel caso di ingressi festivi o prefestivi).
Il trattamento chirurgico costituisce lo standard di cura per la frattura di femore, indipendentemente dall'età. Ogni decisione sulla non operabilità del paziente con frattura di femore deve basarsi sui risultati dell'assessment multidimensionale e deve essere discussa nell'ambito del team multidisciplinare. La stretta integrazione fra competenze ortopediche, anestesiologiche, geriatriche e di altri professionisti coinvolti favorisce l'ottimizzazione clinica e riduce il numero dei pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti.
I pazienti clinicamente stabili possono essere sottoposti direttamente all'intervento chirurgico mentre i pazienti con patologie acute o croniche riacutizzate dovranno essere stabilizzati nelle condizioni cliniche ottimali per l'intervento chirurgico.
Altri interventi rilevanti della fase perioperatoria, come la profilassi antitromboembolica e antibiotica rappresentano invece prassi consolidate in traumatologia ortopedica.

Il nursing

Il nursing nella gestione del paziente anziano con frattura di femore svolge un ruolo centrale per raggiungere gli obiettivi di cura complessivi, dall'ingresso in reparto fino alla dimissione, a garanzia della continuità del percorso pre e post chirurgico del paziente.
A causa della complessità clinica e dell'elevato rischio di complicanze è necessario un intervento interdisciplinare, anche attraverso l'uso di protocolli condivisi, dove la funzione infermieristica deve porre particolare attenzione alla valutazione e decodifica dei bisogni dell'assistito, alla gestione dei disturbi cognitivi (es. delirium) e dei rischi derivanti dalle condizioni di riposo forzato, alla prevenzione e gestione di lesioni cutanee, alla valutazione e controllo del dolore, attraverso l'utilizzo di scale validate con particolare attenzione ai pazienti con funzioni cognitive deteriorate. Altrettanta importanza assume l'attenta gestione dell'apporto idrico ed alimentare.
Il ruolo strategico del nursing si concretizza inoltre nel favorire il coinvolgimento della persona assistita e del caregiver al fine di garantire la loro partecipazione al piano assistenziale e per facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extra ospedaliero).

Principali fattori clinici nel ritardo dell'intervento

Instabilità clinica preoperatoria:

Una valutazione completa e approfondita e la stabilizzazione clinica del paziente sono prioritarie, ma non devono produrre inutili ritardi dell'intervento, poiché sia un eccessivo tempo di attesa sia la presenza di condizioni cliniche instabili nella fase preoperatoria possono aumentare il rischio di complicanze nel postoperatorio. Un piccolo ritardo può essere giustificato per la correzione di gravi alterazioni elettrolitiche, scompenso cardiaco o diabetico, anemia significativa; tuttavia, sulla base delle raccomandazioni delle Linee Guida, occorre evitare di porsi obiettivi non realistici (come, ad esempio, attendere la guarigione di una polmonite, in un anziano allettato e con dolore).

Tabella. 6. Condizioni che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori) (McLaughlin 2006)

	ALTERAZIONE	MAGGIORE	MINORE
1	Pressione arteriosa	PAS =<90	PAS => 181; PAD =>111
2	Ritmo e frequenza	FA o TSV =>121; TV, BAV III° grado o bradicardia =< 45/m'	FA o TSV 101- 120; TS => 121; bradicardia 46-50/m'
3	Infezioni/polmoniti	T° <35-=>38.5 con segni clinici o radiologici di polmonite	T° =>38.5 Segni clinici di polmonite Segni radiologici di polmonite
4	Dolore toracico	Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato	Dolore toracico con ECG normale
5	Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o scompenso cardiaco congestizio con versamento all'esame radiologico con dispnea e /o obiettività alterata	Dispnea o rumori polmonari senza alterazioni radiologiche o segni di stasi al torace senza sintomi soggettivi
6	Insufficienza respiratoria	SO2 <90% o pO2 < 60 mmHg o pCO2 => 55 MmHg	PCO2 46-55 mmHg
7	Elettroliti	Na = < 125 o > 155 mEq/l K < 2.5 o => 6.1 mEq/l HCO3 <18 o > 36 mEq/l	Na 126-128 o 151- 155 mEq/l K <2.5-2.9 o 5.6- 6.0 mEq/l HCO3 18-19 o 35- 36 mEq/l
8	Glicemia	>600 mg/dl	451-600 mg/dl
9	Azotemia/creatinina	Azotemia > 50 mg/dl o creatinina = > 2.6 mg/dl	Azotemia 41- 50 mg/dl o creatinina 2.1- 2.5 mg/dl
10	Anemia	Hb <=7.5 g/dl	Hb 7.6 -8 g/dl

Le linee guida per la stratificazione del rischio cardiologico negli interventi non cardiaci definiscono

alcune condizioni a maggior rischio come angina instabile, infarto recente, scompenso cardiaco (classe NYHA III/IV), aritmie significative, valvulopatie severe, che richiedono un trattamento medico intensivo ed eventualmente una posticipazione dell'intervento chirurgico.

Tuttavia nelle situazioni di urgenza il paziente può essere inviato direttamente in sala operatoria, sotto stretto monitoraggio internistico, rimandando al post-operatorio la stratificazione del rischio e il trattamento dei fattori di rischio individuati.

La frattura di femore nell'anziano viene considerata una "urgenza differibile" ma in queste condizioni ogni decisione richiede una stretta condivisione dei criteri decisionali clinici al fine di pesare i benefici della stabilizzazione delle condizioni cliniche verso i rischi di un ritardo dell'intervento.

Quando appropriata, la scelta di rimandare l'intervento per ragioni cliniche deve comunque essere tempestiva e documentata, gli obiettivi di stabilizzazione da raggiungere devono essere chiaramente definiti e rivisti quotidianamente e il paziente deve essere reinserito nella lista operatoria non appena vengono raggiunti; per raggiungere questi obiettivi, è necessaria l'adozione di protocolli formalizzati e condivisi dal team di cura riguardo i criteri di stabilità clinica.

Indagini preoperatorie

Nel paziente anziano stabile le linee guida non raccomandano una valutazione cardiologica routinaria. Vi possono essere situazioni in cui alcune indagini sono giustificate, ad esempio la valutazione ecocardiografica preoperatoria in presenza di un soffio aortico da sospetta stenosi non ancora indagato o per valutare la funzione ventricolare in presenza di insufficienza cardiaca severa; per evitare ritardi ingiustificati dell'intervento, queste procedure devono essere previste nel percorso formalizzato e comunque utilizzate valutando il rapporto rischio/beneficio dell'approfondimento diagnostico sulla prognosi del paziente.

Terapia anticoagulante e antiaggregante

L'utilizzo molto diffuso di queste categorie di farmaci può produrre una consistente posticipazione dell'intervento chirurgico in pazienti peraltro clinicamente stabili. Mentre sono ormai standardizzati gli interventi per la reversibilità degli anticoagulanti orali e in genere non comportano ritardi oltre 24 ore (si rimanda a quanto previsto dalle linee guida e dalle evidenze scientifiche), più complessa è la gestione della terapia antiaggregante. Sono sempre più frequenti i pazienti fratturati di femore in trattamento con antiaggreganti singolarmente o in associazione, per pregresse sindromi coronariche acute, rivascolarizzazione coronarica percutanea, vasculopatie cerebrali o periferiche; in questi casi non sembra opportuno sospendere i trattamenti in atto con tienopiridine poiché numerosi dati di letteratura evidenziano il rischio di sindromi coronariche acute in seguito alla sospensione del trattamento. Le linee guida concordano che il trattamento con antiaggreganti piastrinici non giustifica un ritardo preoperatorio; in questi casi trovano indicazioni tecniche anestesiologiche periferiche che, oltre a non richiedere la sospensione degli antiaggreganti, offrono il vantaggio di un effetto antalgico attivo anche nel periodo postoperatorio. Per quanto riguarda il rischio di maggior

sanguinamento operatorio nei soggetti che assumono antiaggreganti, gli studi eseguiti confermano un lieve incremento della richiesta di trasfusioni che comunque non controindica l'intervento. Si consiglia comunque di avere a disposizione preparati piastrinici che possono essere utilizzati in caso di sanguinamento significativo.

Fattori organizzativi nell'accesso all'intervento chirurgico

La possibilità di intervento precoce richiede la disponibilità di sale operatorie, staff chirurgico ed anestesiologico; il modello organizzativo ospedaliero, predisposto dalla direzione Aziendale, in accordo con il team multidisciplinare, deve essere finalizzato a minimizzare i casi di ritardo dell'intervento per ragioni non cliniche. Sebbene possano essere efficaci diversi modelli organizzativi, i dati della letteratura favoriscono quelli che prevedono percorsi separati fra traumatologia ed interventi di elezione

In base al contesto e alle risorse disponibili, possono essere considerati diversi interventi riorganizzativi: estensione dell'apertura delle sale operatorie, ridefinizione dei criteri per l'accesso alle liste di attesa con priorità per i pazienti fratturati, separazione tra i flussi dei pazienti in urgenza ed in elezione con fasce orarie dedicate, creazione di percorsi facilitati per l'accesso alla diagnostica. Non vi è un unico tipo di soluzione possibile anche se la presenza di pronto soccorso traumatologico e sale operatorie dedicate favorisce la rapidità di intervento. Indipendentemente dal modello organizzativo adottato, la precocità dell'intervento secondo gli standard internazionali può essere raggiunta solo garantendo la massima apertura settimanale diurna delle sale operatorie.

2.3 Intervento chirurgico

Come indicato nei capitoli precedenti l'intervento chirurgico deve essere eseguito rapidamente nei soggetti clinicamente stabili in modo da ridurre l'attesa preoperatoria entro le 24-48 ore. Obiettivo dell'intervento chirurgico è ottenere una sintesi stabile della frattura per consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico. In generale la scelta della tecnica chirurgica è guidata da questo obiettivo e pertanto non dipende solo dal tipo di frattura ma anche dallo stato funzionale, dalla comorbidità, dalle patologie acute in atto e dalla aspettativa di vita del paziente. Pertanto anche per questo aspetto altamente specialistico sono necessarie le informazioni fornite dalla valutazione multidimensionale e la condivisione della scelta col team multidisciplinare.
Le principali linee guida raccomandano tecniche di fissazione interna per fratture intracapsulari composte e riduzione e fissazione interna o protesi (endoprotesi o protesi totali) nelle forme intracapsulari scomposte. La fissazione interna tuttavia è in genere riservata a pazienti più giovani, nei quali, l'aspettativa di vita è superiore a quella della protesi. In genere, nel paziente geriatrico è preferibile l'endoprotesi che, seppure più invasiva, consente il carico immediato con minori rischi di reintervento per fallimento della fissazione, oppure la protesi totale in soggetti attivamente deambulanti all'esterno, in buone condizioni di salute e cognitivamente competenti, o in caso di artrosi inveterata. La sintesi può avvenire con vite-placca, chiodo endomidollare o similare.

Anestesia

Al momento le evidenze disponibili non consentono di indicare una tecnica anestesiologica ottimale per questi pazienti. In effetti non sembrano esistere differenze significative tra tecniche di anestesia generale o regionale in termini di mortalità, complicanze (polmoniti, ictus, insufficienza cardiaca o renale) e durata della degenza, anche se l'uso dell'anestesia spinale/epidurale sembrerebbe correlato a minore insorgenza di stati confusionali acuti e di trombosi venosa nel post-operatorio.

Inoltre, l'anestesia regionale aumenta la possibilità di evitare l'intubazione tracheale e la ventilazione meccanica, e richiede un minor utilizzo di farmaci per l'ottenimento di una adeguata analgesia post-operatoria; parte di questi vantaggi si annullano in caso di pazienti poco collaboranti o che hanno difficoltà a rimanere a lungo fermi in una posizione alquanto disagevole.

L'anestesia generale presenta i vantaggi di un maggior controllo sulla durata della anestesia, sulla profondità della stessa, sui parametri emodinamici, sulla pervietà delle vie aeree e sulla ventilazione. Il ritardo nel recupero post-operatorio e la possibile comparsa di nausea e vomito legati all'anestesia generale hanno un grande impatto sul paziente anziano, nel quale è fondamentale una ripresa precoce di alimentazione e idratazione adeguate.

Il delirium post-operatorio sembra essere correlato alla pre-esistenza di deficit cognitivi, di depressione, ad alterazioni elettrolitiche, alla presenza di deficit visivi o uditivi, all'utilizzo di benzodiazepine, di farmaci anticolinergici più che al tipo di anestesia (generale o regionale).

Alla luce di quanto esposto, non è possibile stabilire a priori quale sia il tipo di anestesia migliore in questo ambito. La scelta deve essere individualizzata e tenere conto delle comorbidità del paziente, del grado di collaborazione, della presenza di controindicazioni all'utilizzo di una o dell'altra tecnica (es. terapia con alcuni farmaci antiaggreganti), della durata dell'intervento.

Di fondamentale importanza è cercare di mantenere l'omeostasi durante l'intervento, evitando in particolare l'ipotermia e gli squilibri idro-elettrolitici (ove non già disponibili, si raccomanda di dotare i reparti di anestesia di metodi non invasivi di monitoraggio emodinamico).

Tecniche periferiche di blocco continuo del plesso lombare possono essere applicate anche in corso di terapia antiaggregante e consentono anche la gestione del dolore nella fase post-operatoria; pertanto, quando non controindicate, dovrebbero essere preferite tecniche di anestesia regionale/periferica in questo tipo di pazienti.

Terapia di supporto trasfusionale

Il supporto trasfusionale richiesto per i pazienti con frattura del femore, necessita di una complessiva gestione del periodo perioperatorio che consenta di ridurre il rischio di esposizione del paziente agli emocomponenti allogenici.
Le indicazioni, di seguito riportate per gli aspetti salienti, si ispirano alle "Raccomandazioni SIMTI sulla trasfusione perioperatoria" alle quali si rimanda per gli approfondimenti, non inclusi per brevità di esposizione.
Si suggerisce, in premessa, che un team multidisciplinare (anestesisti, chirurghi e trasfusionisti) adotti un protocollo standard di richiesta di sangue, che rifletta il fabbisogno locale di sangue per il tipo di intervento (cd. MSBOS – Maximum Surgical Order Schedule).
All'atto della valutazione preoperatoria del paziente, si suggerisce la valutazione del rischio emorragico che deve includere l'anamnesi emorragica familiare e personale volta a rilevare eventuali emorragie spontanee, post-traumatiche o post-chirurgiche o l'uso di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti.
Nei pazienti anemici e piastrinopenici (PLT<20x10E9/L) si raccomanda un incremento di Ht intorno al 30% (oltre alla correzione della conta piastrinica a livelli adeguati) allo scopo di ridurre il rischio emorragico.
La corretta gestione intraoperatoria comprende la valutazione e il monitoraggio del sangue perso, dell'Hb o Ht, dei segni di inadeguata perfusione e ossigenazione degli organi vitali, della conta piastrinica e di PT, aPTT, fibrinogeno, AT, D-dimero.
Per la gestione appropriata della terapia trasfusionale nel periodo intraoperatorio e postoperatorio si raccomanda il controllo volemico e il ripristino della volemia (cristalloidi e colloidi appropriati), senza fare ricorso alla trasfusione dei pazienti senza preesistente anemia, per perdite di volume ematico inferiori al 15%. Quando la perdita è compresa tra il 15 e il 30% si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale con EC solo in presenza di anemia preesistente o di concomitante patologia cardiopolmonare. Si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale di supporto con

emazie per perdite ematiche del 30-40% anche se, in soggetti precedentemente sani, può essere sufficiente il solo ripristino volemico. La trasfusione di EC si pone come provvedimento salvavita per perdite superiori al 40%.
In relazione ai tassi di Hb circolante, si raccomanda la terapia trasfusionale con EC nei pazienti con Hb circolante inferiore a 60g/L rimandando alla valutazione clinica del paziente la scelta di trasfondere un soggetto stabilizzato con tassi di Hb circolante fra 60 e 100 g/L.
Si raccomanda di non ricorrere alla terapia trasfusionale con EC per valori di Hb superiori a 100 g/L salvo in casi eccezionali.
Per quanto concerne la trasfusione dei concentrati piastrinici si suggerisce di basare la decisione di trasfondere CP non esclusivamente su un basso conteggio piastrinico, ma anche sulla valutazione delle condizioni cliniche (febbre, disordini plasmatici della coagulazione, emorragie recenti, deficit neurologici).
Nel paziente con sanguinamento in atto si suggerisce la trasfusione di PLT se la conta è < 50x10E9/L.
Nel paziente chirurgico con sanguinamento in atto si suggerisce di non ricorrere alla trasfusione di PLT se la conta è > 100x 10E9/L.
La trasfusione di plasma è indicata per la correzione di deficit fattoriali congeniti della coagulazione per i quali non esista concentrato specifico o di deficit acquisiti in categorie selezionate di pazienti (epatopatia, CID, sanguinamento microvascolare)
Si raccomanda la terapia con Plasma Fresco Congelato in presenza di epatopatie acute e croniche o CID che si accompagnano a sanguinamento in atto. Si suggerisce la terapia con PFC per la prevenzione del sanguinamento intraoperatorio in pazienti con CID e/o epatopatia acuta e cronica senza sanguinamento in atto quando PT o a PTT espressi come ratio siano > 1,5.

2.4 Fase post-operatoria

Nel periodo postoperatorio è fondamentale monitorare e sorvegliare alcuni aspetti critici. L'incidenza di complicanze mediche è correlata al numero delle comorbidità pre-frattura e alla presenza di patologie acute non stabilizzate prima dell'intervento. L'insorgenza di complicanze maggiori in particolare di tipo cardiaco e polmonare, rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza a breve e a lungo termine. Nella fase post-operatoria la presenza del geriatra/internista è fondamentale per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente.

Principali aspetti da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria

Dolore

La rapida stabilizzazione chirurgica della frattura è il metodo più efficace per trattare il dolore; la corretta ed efficace gestione del dolore costituisce presupposto indispensabile per ridurre le complicanze e consentire una precoce mobilizzazione. Un inadeguato trattamento del dolore perioperatorio è correlato a maggiore incidenza di delirium, depressione, complicanze cardio-polmonari, minore recupero delle capacità funzionali a breve e a 6 mesi, maggiore durata della degenza, scadente qualità di vita, incremento della mortalità. La rilevazione del dolore, già avviata

nel Pronto Soccorso deve proseguire quotidianamente nel corso della degenza, sia a riposo che nel corso del nursing e della seduta riabilitativa. Le caratteristiche e l'intensità del dolore e gli effetti collaterali del trattamento devono essere registrati in cartella, come stabilito dalle disposizioni vigenti. Nel paziente con deterioramento cognitivo il rilievo mediante scale numeriche può non essere praticabile, ma la presenza di dolore può essere presunta da indicatori comportamentali quali espressioni del viso, vocalizzazioni, movimenti del corpo, aggressività, rifiuto del cibo, aumento del wandering, delirium. In ogni caso in questo tipo di paziente il dolore deve essere presunto in base alla patologia in atto e trattato anche se non rilevabile con certezza. Nel paziente anziano è preferibile utilizzare paracetamolo e oppioidi che presentano un minor rischio di complicanze rispetto ai FANS. L'uso di tecniche epidurali e perineurali, quando disponibili, è efficace e gravato da minore incidenza di delirium.

Idratazione

La disidratazione, condizione presente sin dall'ingresso, nei pazienti con frattura di femore può compromettere la funzione renale, la stabilità cardiovascolare, la funzione cerebrale e, in fase postoperatoria, causare ipotensione ortostatica che ritarda l'inizio della verticalizzazione e della deambulazione. Pertanto, l'integrazione idroelettrolitica sia per via venosa che per via orale è raccomandata routinariamente nella fase perioperatoria.

Anemia

La tempestività dell'intervento (specie nelle fratture extracapsulari) e l'utilizzo di tecniche chirurgiche meno invasive possono contenere la perdita ematica postraumatica e intraoperatoria e ridurre la necessità di trasfusioni.

Per le soglie trasfusionali si rimanda al paragrafo 2.3 Intervento chirurgico - "Terapia di supporto trasfusionale" del presente documento.

Ossigenazione ematica

La misura della saturazione deve essere effettuata per ogni paziente all'ingresso e corretta nel caso di valori anomali. La somministrazione di ossigeno, se non controindicato, deve essere protratta per 24-72 ore dopo l'intervento con uno stretto monitoraggio della saturazione che deve restare superiore al 95%, compatibilmente con la saturazione basale pre-frattura.

Alimentazione ed apporto calorico-proteico

Lo stato di malnutrizione calorico proteica, che spesso caratterizza i pazienti con frattura di femore da fragilità, comporta un maggior rischio di complicanze, come infezioni e lesioni da pressione, un prolungamento della degenza e un aumento della mortalità. Durante la degenza il quadro può peggiorare a causa dell'aumento delle richieste energetiche e della carente assunzione di alimenti, favorita da prolungati quanto non necessari digiuni preoperatori e dal vomito postoperatorio non adeguatamente contrastato. Diverse linee guida raccomandano l'integrazione calorico-proteica, in particolare nei soggetti malnutriti e nella fase di riabilitazione, sebbene le evidenze a supporto dei vantaggi della metodica non siano forti; la disponibilità di

una figura professionale dedicata alla somministrazione di cibi e liquidi ha dimostrato di migliorare la compliance del paziente e di ridurre la mortalità e la durata della degenza. È raccomandabile l'adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale all'ingresso, dell'introito alimentare quotidiano e della presenza di disfagia, nonché di protocolli per la durata del digiuno preoperatorio e della ripresa dell'alimentazione dopo l'intervento.

Prevenzione e gestione del delirium

Episodi di delirium compaiono in oltre la metà di pazienti con frattura di femore e si associano a minor recupero funzionale, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità. Fattori predisponenti sono l'età avanzata e un preesistente deterioramento cognitivo, ai quali si possono associare diverse condizioni che agiscono da fattori scatenanti, come infezioni polmonari e urinarie, uso di anticolinergici e anestetici, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore e inadeguata illuminazione, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione. L'identificazione e la correzione di questi fattori, molti dei quali richiedono interventi di nursing, sono prioritari rispetto al trattamento farmacologico specifico, il quale deve prevedere protocolli di trattamento condivisi.

Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione

I pazienti con frattura di femore hanno un elevato rischio di lesioni da pressione a causa delle comorbilità preesistenti e della forzata immobilizzazione. Esse si associano tuttavia ad un ritardo nel recupero funzionale e ad un prolungamento della degenza e dei costi complessivi dell' assistenza. Alcuni interventi sono prioritari nell'attività di nursing: la correzione di fattori di rischio modificabili come la malnutrizione, una attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito, sin dal momento di ingresso in ospedale (compresa la sala operatoria), l'adozione di protocolli operativi per la rotazione periodica del decubito e l'ispezione quotidiana delle sedi a rischio, la rapida mobilizzazione fuori dal letto.

Prevenzione dell'incontinenza e gestione del catetere vescicale

La cateterizzazione routinaria perioperatoria non è indicata, a causa dell'incremento del rischio di infezioni che comporta; è indicata in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi. In pazienti affetti da deficit cognitivi o elevata disabilità, soprattutto se di sesso maschile, può comparire nel corso della degenza incontinenza urinaria che richiede complessi interventi di nursing, quali monitoraggio quotidiano con carta minzionale e terapia comportamentale, terapia medica specifica e valutazione specialistica. L'effettuazione di anestesia spinale/peridurale può aumentare la necessità di cateterizzazione vescicale.

Prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico

L'immobilità, la disidratazione, l'uso di diete povere di fibre e di analgesici oppioidi può favorire l'insorgenza di queste complicanze, la cui prevenzione si basa sui seguenti interventi: rapida mobilizzazione, adeguata idratazione orale, dieta appropriata e uso di lassativi.

La presa in carico riabilitativa precoce e la riabilitazione nella fase acuta

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa. La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione (seduta – in piedi).
E' noto che la mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore) migliora in modo significativo l'autonomia nei trasferimenti e nel cammino in settima giornata dopo l'intervento. Per quanto riguarda il tipo di trattamento fisioterapico, vi sono evidenze che un training aggiuntivo di rinforzo muscolare migliori significativamente la forza dei flessori dell'anca, del quadricipite e la velocità del cammino rispetto al training standard, ma non vi sono differenze nelle ADL, nel cammino e nella capacità di effettuare i passaggi seduto-in piedi.
Per ogni paziente preso in carico viene stilato, da parte del team della riabilitazione, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), così come previsto nel "Piano della Riabilitazione" della Regione Siciliana (GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12). La presa in carico globale è, inoltre, assicurata dalla presenza di un nursing riabilitativo dedicato e finalizzato alla cura delle posture, alla mobilità al letto e al mantenimento delle autonomie apprese con il supporto del fisioterapista in modo da raggiungere obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni cutanei e osteoarticolare da immobilità, dal controllo degli aspetti nutrizionali, dall'individuazione e dal trattamento delle problematiche psicologiche mediante l'utilizzo di competenze mirate. La cartella clinica riabilitativa, deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e disabilità (funzioni cognitive, motorie, respiratorie, cardiologiche, deglutizione, ausili per l'autonomia, controllo degli aspetti nutrizionali, supporto psicologico, ecc.), del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti e del raggiungimento degli obiettivi funzionali attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento ai fini di una confrontabilità dei risultati a livello nazionale e internazionale (preferibilmente di rapida esecuzione quale il Barthel Index). Di fondamentale importanza è l'utilizzo di strumenti di comunicazione formalizzati e condivisi nell'ambito della cartella clinica che consentano un rapido passaggio di consegne tra i componenti del team come ad esempio rispetto al carico, alle posture o alle modalità di trasferimento.
Sulla base della valutazione dell'ortopedico dovrà essere programmato il trasferimento nelle sedi più opportune di continuazione del PRI.
Elementi fondamentali per la piena realizzazione del progetto e del programma riabilitativo sono: l'aver effettuato un tipo di intervento chirurgico che consenta:

- una mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime

48 ore) comprendente sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione seduta- in piedi che il cammino con livelli di complessità crescenti comprese: velocità, cambiamenti di direzione, salita, discesa e scale.

- un carico immediato
- il buon controllo del dolore, delle funzioni cardio-respiratorie e dei valori pressori,
- la precocità della visita di controllo ortopedico (e della RX di controllo) con la prescrizione del tipo di carico sopportato.

Le raccomandazioni che ne conseguono sono:

Valutazione e presa in carico precoce, entro 24/48 ore dall'intervento, da parte del fisiatra e del fisioterapista se le condizioni mediche o chirurgiche del paziente lo consentono, altrimenti il programma riabilitativo viene dilazionato in base alle indicazioni del Team riabilitativo.
Il programma da svolgere include:

- posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e dei trasferimenti in carrozzina
- training alle autonomie nelle ADL primarie (in particolare lavarsi, vestirsi e accedere al bagno) counselling all'assistito e al care giver
- nel caso vi sia la concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura (è indicato l'ortostatismo) e il training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili. I criteri per l'identificazione dell'ausilio (deambulatori, antibrachiali, ecc.) nelle diverse fasi sono: 1) rispetto della tipologia di carico; 2) garanzia della sicurezza del paziente in base alle sue capacità funzionali e al livello cognitivo
- nel caso non vi sia concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura, trasferimenti e delle autonomie nelle ADL oltre al counselling del care giver.

La Pianificazione della dimissione nella fase acuta

La pianificazione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei successivi percorsi di continuità assistenziale riduce i tempi di degenza, le riammissioni in ospedale e la mortalità a breve termine ed aumenta la soddisfazione del paziente.
Nel fratturato di femore i programmi di continuità assistenziale con interventi domiciliari post-dimissione sembrano influire anche sulla mortalità a breve termine. Occorre pianificare il percorso del paziente, già dall'ingresso nel reparto per acuti e ridefinirlo, se necessario, nel corso del ricovero, in particolare dopo l'intervento chirurgico e ogni qualvolta emergano variazioni cliniche, funzionali o socio-assistenziali significative.
La valutazione multidimensionale, che riguarda in particolare le comorbidità, lo stato cognitivo, lo stato funzionale pre-frattura e le risorse familiari ed economiche, costituisce la base per la pianificazione. La concessione del carico, il tipo di recupero funzionale dopo l'intervento, l'eventuale comparsa di complicanze post-operatorie concorrono a perfezionare il piano definitivo e a individuare il setting più appropriato per proseguire la riabilitazione dopo la fase acuta.

La dimissione protetta richiede il coinvolgimento precoce del team multidisciplinare

intraospedaliero (ortopedico, geriatra/internista, fisiatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale), dei referenti dei servizi territoriali coinvolti, del paziente e dei familiari le cui richieste e preferenze sono elementi essenziali per la definizione del percorso di cura.

Modelli di dimissione precoce

Le ASP, nell'ambito del territorio di competenza, devono promuovere modelli di dimissione precoce che favoriscono la rapida dimissione dai reparti di ortopedia verso strutture intermedie dedicate, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili.

Risultati positivi, sia per quanto riguarda i costi ospedalieri che il recupero funzionale dei pazienti, sono da attribuire alla presa in carico precoce del paziente da parte del team della riabilitazione che, in continuità con quanto descritto nella fase acuta, prosegue l'approccio riabilitativo multidimensionale con particolare attenzione agli interventi nutrizionali, al controllo del dolore, alla prevenzione e trattamento del delirium ed in generale alla prevenzione ed al precoce trattamento di ogni complicanza postoperatoria.

La strutturazione di team multidisciplinari e multiprofessionali dedicati a valenza post-acuta riabilitativa e la definizione di setting assistenziali fra ospedali per acuti e strutture intermedie rappresentano gli elementi indispensabili a favorire la dimissione precoce dalla fase acuta ospedaliera.

2.5 Fase postacuta

Riabilitazione post-acuta

Sulla base del piano definito alla dimissione e del profilo di appartenenza, il paziente accede ad uno dei setting previsti per la fase riabilitativa postacuta. Tutti i pazienti dopo frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo postacuto ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale prefrattura sia già stato raggiunto al termine della fase acuta o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare riabilitativo a non identificare obiettivi riabilitativi successivi. I pazienti provenienti da strutture protette nella pratica tendono a rientrare dopo la dimissione nella struttura di provenienza e ad eseguire in quella sede l'eventuale ciclo riabilitativo necessario, ma qualora questo non fosse possibile e/ o vi fosse una indicazione ad eseguire un ciclo riabilitativo a maggiore intensità, la provenienza da strutture protette non deve precludere l'indicazione ad un trasferimento in un setting riabilitativo intermedio.

Le tipologie di offerta riabilitativa di cui il paziente può usufruire, concordemente agli specifici setting riabilitativi individuati, sono indicati nel Piano della riabilitazione della Regione Siciliana Supplemento Ordinario della GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12.

Indipendentemente dal setting l'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia in riferimento alle competenze pre-frattura sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL.

Prevenzione secondaria

Vitamina D e trattamento farmacologico

La gran parte dei pazienti con frattura di femore presenta una carenza di vitamina D che ha effetti negativi sia sul metabolismo scheletrico che sulla funzione muscolare. La normalizzazione dei livelli sierici facilita il recupero funzionale e riduce il rischio di caduta e di ulteriori fratture. Tutti i soggetti con frattura di femore dovrebbero ricevere un trattamento con vitamina D, secondo le modalità indicate dalle linee guida correnti, finalizzato al raggiungimento di livelli superiori a 30 ng/ml, a cui dovrebbe seguire una supplementazione a lungo termine di almeno 1000-2000 U (25-50 µg) die. I soggetti osteoporotici con elevato rischio di frattura dovrebbero inoltre essere valutati dal punto di vista osteometabolico e ricevere un trattamento antiosteoporotico. I farmaci antiriassorbitivi (bifosfonati) sono da considerarsi i farmaci di prima scelta se non controindicati.

Valutazione del rischio di cadute.

Poiché nella quasi totalità dei casi la frattura di femore da fragilità consegue ad una caduta, oltre alla diagnosi e al trattamento dell'osteoporosi le linee guida raccomandano una valutazione della causa di caduta come componente routinaria della valutazione multidimensionale geriatrica fin dall'ingresso, allo scopo di programmare gli interventi utili a minimizzare il rischio di nuove cadute e prevenire nuove fratture. Il rischio di cadute con esiti traumatici nel primo anno dopo una frattura di femore è infatti di circa il 30%, mentre circa il 10% dei pazienti va incontro a una seconda frattura di femore.

La valutazione del rischio deve comprendere:

- la definizione delle circostanze e della dinamica della caduta
- la ricerca di fattori di rischio intrinseci (storia di cadute nell'ultimo anno, debolezza muscolare degli arti inferiori e segni di sindrome ipocinetica, turbe dell'equilibrio e difficoltà nella marcia, alterazioni muscolo-scheletriche, in particolare delle articolazioni degli arti inferiori e del piede, deterioramento cognitivo, ipotensione ortostatica, incontinenza, ipovisus e ipoacusia, malnutrizione, depressione e paura di cadere);
- la ricerca di fattori di rischio estrinseci (tipo e numero dei farmaci assunti, calzature inadeguate, cause ambientali come ostacoli, pavimenti scivolosi, illuminazione inadeguata o assenza di supporti in bagno, uso di ausili inadeguati o scorretto uso degli ausili).
- lo studio delle cause situazionali (esordio di patologie acute, in particolare accessi febbrili, riacutizzazione di malattie croniche, variazioni terapeutiche recenti in particolare con antiipertensivi, antidepressivi o benzodiazepine, assunzione di alcool, perdita di coscienza o prelipotimie, attività o movimenti a rischio, eventi ambientali accidentali).

Nei pazienti con fattori di rischio multipli gli interventi per la minimizzazione del rischio dovrebbero riguardare tutti i fattori modificabili riscontrati, in quanto un intervento monofattoriale potrebbe paradossalmente aumentare il numero delle cadute (es. miglioramento delle condizioni visive in pazienti con gravi limitazioni motorie).

In alcuni casi il trattamento delle cause riscontrate deve essere effettuato già in fase pre-operatoria (per esempio in caso di sincope cardiogena per turbe della conduzione) o durante la degenza in fase acuta (revisione dei farmaci, trattamento di patologie acute o riacutizzazione di patologie

croniche come scompenso cardiaco e BPCO).
Durante la fase di riabilitazione post-acuta devono essere previsti interventi per aumentare l'equilibrio e migliorare la deambulazione e devono essere indicati gli ausili più appropriati; al momento della dimissione deve essere definito il rischio di caduta.
In molti casi, al momento della dimissione si ravvisa la necessità di indirizzare il paziente per una valutazione diagnostica o terapeutica specialistica, a servizi ambulatoriali di altre discipline (cardiologico, oculistico, ecc.) oppure ad ambulatori geriatrici dedicati alla gestione dell'osteoporosi e delle cadute.
Tali indicazioni devono essere parte integrante del discharge planning, al fine di garantire la continuità del percorso diagnostico-terapeutico, minimizzare il rischio di caduta e impostare un adeguato trattamento antifratturativo.

Prevenzione secondaria a lungo termine
Al fine di ridurre l'incidenza della rifrattura di femore in persone ≥ 65 anni deambulanti, autosufficienti e senza gravi problemi cognitivi all'epoca della prima frattura, al termine del programma di riabilitazione è indicato, secondo le migliori pratiche, un intervento domiciliare multifattoriale che mira al controllo di più fattori di rischio (patologie, terapia farmacologica, stili di vita, rischi ambientali, autosufficienza) e in particolare al mantenimento delle abilità fisiche.
La presa in carico del paziente inizia immediatametne dopo la fine del programma di riabilitazione post-operatorio effettuato in regime di ricovero o a domicilio.
Il programma domiciliare individuale, ha una durata annuale dalla presa in carico ed è composto da:

- **Programma di esercizi personalizzato** basato su una valutazione a tempo 0 e a 3 mesi e progressione trimestrale supervisionata. Il programma di esercizio fisico è finalizzato al mantenimento ed incremento della forza, dell'equilibrio e delle abilità motorie complessive del paziente.
- **Valutazione dei rischi ambientali** nell'abitazione e correzione degli elementi di rischio.
- **Indicazioni su** comportamenti, stili di vita ed abitudini utili al fine della prevenzione delle cadute
- **Counselling motivazionale** finalizzato a mantenere l'adesione al programma.
- **Valutazione finale.**

2.6 Continuità assistenziale

La continuità assistenziale nel percorso ospedale – territorio - domicilio assume, per le caratteristiche di questo paziente un ruolo di fondamentale importanza.
Per continuità assistenziale si intende l'organizzazione del processo di cura del paziente da un setting di cura ad un altro ed in particolare nella fase:
- intraospedaliera: per assicurare la continuità tra la fase acuta e quella post-acuta e di riabilitazione;
- extraospedalieria: per garantire la dimissione protetta del paziente (e ogniqualvolta sia possibile il suo rientro a domicilio). E' necessario che essa venga definita con congruo anticipo

anche per consentire, se prevista, di pianificare la presa in carico in ambito territoriale attraverso procedure concordate e formalizzate per l'attivazione dei percorsi riabilitativi/assistenziali e di follow-up.

Il progetto di dimissione protetta assume un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero, in quanto garante:

- della continuità del percorso assistenziale e delle procedure di dimissione, comprese quelle per l'ottenimento degli ausili, o per le eventuali visite e controlli successivi al ricovero, di cui è responsabile la figura del case manager;
- della definizione dei processi di erogazione e di consegna degli ausili e dei presidi fondamentali per la qualità della vita dei pazienti;
- del rispetto della fornitura di prescrizioni e prenotazioni, secondo le indicazioni fornite con decreto del 20 dicembre 2011 pubblicato nella GURS n 6 del 10/02/2012.

Le condizioni di fragilità che molte volte caratterizzano il paziente anziano con frattura di femore possono necessitare di sorveglianza medica, di nursing infermieristico e/o di riabilitazione, organizzati in un progetto di cure integrate, di durata variabile ed erogate a domicilio o in una struttura di degenza. Al fine di garantire la continuità di cura e permettere la tempestiva trasmissione di tutta la documentazione utile a questo scopo, è necessario disporre di un sistema di comunicazione efficace, preferibilmente informatizzato che integri i diversi attori (strutture, servizi e professionisti) e coinvolga il MMG dell'assistito.

Fornitura di ausili

Vista l'importanza che rivestono i dispositivi protesici nel percorso di autonomia del paziente anziano con frattura di femore al fine di assicurare la continuità assistenziale ospedale - territorio e garantire il rientro in sicurezza al domicilio le U.U.O.O. di dimissione del paziente prescrivono gli ausili previsti conformemente alle "Direttive per l'applicazione del D.M 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione Siciliana" di cui al Decreto Assessoriale n 2643 del 20/12/2011 pubblicato nella GURS n 6 del 10/02/2012.

2. Indicazioni per le aziende sanitarie

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate della Regione Siciliana devono:

- Formalizzare ed adottare un Documento Aziendale per il perseguimento degli Standard Regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore;
- Costituire un gruppo di lavoro aziendale per l'implementazione del documento ;
- Monitorare e produrre relativa reportistica (annuale);
- Condurre Audit clinico-organizzativo;

Per l'attuazione delle azioni sopra descritte tutte le aziende devono utilizzare gli standard, gli indicatori e i valori attesi riportati nella sottostante tabella.

Tabella "Standard Regionali e Indicatori"

Standard	Indicatori	Valore atteso
1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)	1. Tempo di permanenza in pronto soccorso (entrata – uscita) (Fonte: EMUR/ RAD esito)	< 4 ore
2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore	2: % di pazienti NON operati (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas)	≤ 7% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2016). ≤ 5% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2017).
3: Garantire appropriati volumi di attività	3: Numero interventi annui per struttura complessa	75 interventi/ anno
4: Garantire la tempestività dell'intervento	4: % percentuale pazienti operati entro 48 ore (criteri inclusione/esclusione PNE;)	come da obiettivi assegnati ai Direttori Generali
5: Garantire la mobilizzazione precoce	5.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso per avviare la mobilizzazione precoce. 5.2: % pz con carico precoce entro 48 h 5.3: % pz verticalizzati entro 48 h	5.2: > 20% 5.3: > 30%
6: Realizzare un modello di assistenza integrata	6.1: Formalizzazione di un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale, che includa la funzione infermieristica, per la gestione integrata del paziente ≥ 65 aa con frattura di femore 6.2: Formalizzazione e applicazione di una matrice di responsabilità differenziate tra i professionisti coinvolti nel processo assistenziale – terapeutico – riabilitativo, che includa le attività infermieristiche 6.3: Realizzazione documentata e sistematica di audit multidisciplinari e multiprofessionali	
7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta	7: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso che includa i seguenti aspetti: - prevenzione del tromboembolismo venoso; - prevenzione delle ulcere da pressione e profilassi antibiotica; - assessment geriatrico/internistico globale; - criteri di stabilità clinica e le procedure preoperatorie; - gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante;	

	- prevenzione del delirium; - prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico; - gestione del dolore; - gestione della ipovolemia; - gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale; - valutazione dello stato nutrizionale e della supplementazione calorico-proteica; - la terapia e il supporto trasfusionale; - il monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno;	
8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione	8.1: % accesso in riabilitazione 056 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.2: % accesso in riabilitazione 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.3: % accesso sia in 056 che 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.4: % di conformità al controllo analitico delle cartelle cliniche effettuato ai sensi del Piano Annuale Controlli Analitici (PACA) con riferimento alle schede della riabilitazione.	
9: Pianificare una dimissione precoce	9.1: Adozione formale di un Programma interaziendale condiviso dalle strutture sanitarie delle aree metropolitane e/o provinciali per assicurare la continuità delle cure ai pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore e favorire il ritorno alla precedente situazione residenziale. 9.2: Formalizzazione e condivisione di un protocollo aziendale per la prevenzione secondaria nei pazienti con frattura di femore. 9.3: controllo analitico dell'evidenza documentale della scheda di programmazione ed interventi di procedure diagnostiche e delle modalità di dimissione.	
Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore	10: Report annuale di misurazione della qualità percepita del paziente con frattura di femore utilizzando il Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale.	

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Angency for clinical innovation. The orthogeriatric model ef care 2010.(http://www.anci.health.nsw.gov.au/_dete/assets/pdf_file/0013/153400/aci_orthogeriatrics_clinical_practice_guide.pdf
- British Orthopaedic Association and British Geriatrics Society. The care of patients with fragility fracture. 2007. http://nhfd.co.uk
- Scottish Intercollegiate GuidelinesNetwork. Management of hip fracture in older people. National clinical guideline 111.2009. http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf
- The National Istitute for Health and clinical Excellence. Clinical Guideline 124. The management of hip fracture in adults. 2011. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13489/54918/54918.pdf
- Documento di Indirizzo "Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni" PAFF Regione Lazio DGR n 613 del 7 agosto 2009; (www.asplazio.it/asp.../tut.../paff/Documento%20di%20indirizzo.pdf*)* consultato il 09/03/2015
- Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia – Romagna; (Allegato DGR 1133/2013 - Bollettino Ufficiale della Regione ...bur.regione.emilia-romagna.it/...dellassistenza...fratture-di-femore...per..) consultato il 05/03/2015
- Percorso dta frattura di femore AReSS del Piemonte (*www2.aress.piemonte.it/.../pdta.../153-pdta.html?...1204%3Apdta...frattu..).* consultato il 03/03/2015
- Dati della Regione Siciliana SDO e RENCAM 2014; (http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute)
- Conferenza Stato – Regioni del 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione"
- Conferenza stato – Regioni del 10 febbraio 2011 "Piano di indirizzo per la riabilitazione"
- D.A . n 02643/11 "Direttive per l'applicazione del D.M. n 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione Siciliana
- D.A. 26 ottobre 2012 "Piano della Riabilitazione" della Regione Siciliana
- (McLaughlin 2006) Condizioni cliniche del paziente anziano con frattura di femore che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori).

APPENDICE

RIABILITAZIONE

Il trattamento riabilitativo è finalizzato alla prevenzione dei danni secondari, al miglior recupero funzionale compatibile con le risorse biologiche, ambientali e sociofamiliari del paziente.

Nell'ambito del modello organizzativo ortogeriatrico l'intervento riabilitativo dovrà avere i seguenti requisiti:

- presa in carico riabilitativa precoce dall'ingresso in ospedale
- continuità assistenziale ospedale – territorio - domicilio
- definizione di un Progetto Riabilitativo Individuale che, elaborato dal team della riabilitazione sulla base delle tre dimensioni: complessità clinica, disabilità e multimorbidità, permette di allocare il paziente, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato la disabilità, in setting riabilitativi più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse razionali.

In particolare il Progetto Riabilitativo Individuale, coordinato dal medico specialista in riabilitazione definisce le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi
- tempi di verifica e conclusione

Il PRI con le relative firme dei componenti del team che hanno partecipato alla stesura deve essere chiaramente documentato nella cartella clinica riabilitativa che è parte integrante della documentazione clinica del paziente.

Solamente attraverso il progetto riabilitativo individuale, che riconosce nella classificazione ICF il telaio concettuale per la definizione del percorso riabilitativo, si potrà avere un governo dell'intero percorso riabilitativo ed un utilizzo corretto dei setting riabilitativi di ricovero ospedaliero, favorendo un utilizzo appropriato delle risorse disponibili e un intervento riabilitativo che permetta il miglior recupero delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente.

L'appropriatezza dei percorsi riabilitativi presuppone una diagnosi riabilitativa, per cui nella definizione dei setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

- la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF;
- il grado di complessità del paziente preso in carico;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto Riabilitativo Individuale.

Allo stesso tempo, per la **valutazione dell'efficacia ed efficienza** del percorso riabilitativo è necessario disporre di indicatori che possono essere descritti come:

- indicatori di appropriatezza (variabili indipendenti): precocità di intervento, adeguato periodo di permanenza in uno specifico setting ed adeguato setting alla dimissione
- indicatori clinici, che riguardano sia una valutazione dello stato funzionale ricavabile dalla gravità della disabilità e sua tipologia (ad es. non indicata riabilitazione intensiva per pazienti troppo gravi con elevata instabilità clinica sia per pazienti troppo lievi) che un trattamento e censimento delle comorbidità (insieme di condizioni morbose presenti prima della insorgenza della disabilità) e complicanze (o complicazioni: condizioni morbose insorte successivamente all'esordio della condizione di disabilità) valutate per la loro capacità di interferire con il percorso di recupero molto più che per la loro gravità intrinseca. Le complicanze possono essere in linea con quanto atteso da una buona pratica clinica o possono rappresentare un evento inatteso, determinando aggiustamenti del percorso e possibili outcome inferiori in tempi più lunghi rispetto a quelli auspicati.
- indicatori di outcome (variabili dipendenti), che rappresentano il risultato conclusivo di diversi processi/azioni, riferiti alla persona nel suo complesso, valutati nel medio-lungo periodo, comprensivi dell'effetto dell'interazione persona-ambiente e della percezione del risultato da parte della persona stessa.

Restringendo il periodo di valutazione e misurando il risultato immediato di processi intermedi (nel breve periodo) si devono considerare anche gli output che possono essere assimilati ad indicatori di miglioramento (ad esempio il miglioramento del ROM e della forza, presumibilmente prevengono la perdita di autosufficienza).

La precocità nella definizione di un Percorso Riabilitativo Unico, impostato fin dalla comparsa dell'evento morboso che ha determinato il ricovero nel reparto per acuti, (dal momento

dell'insorgenza della lesione fino alla stabilizzazione delle problematiche internistiche) rappresenta un elemento fondamentale per una tempestiva presa in carico riabilitativa ed attivazione di quanto necessario per una appropriata consegna del paziente alle strutture della rete (presa in carico precoce).

Riabilitazione in fase di post-acuzie

Nello sviluppo del percorso un momento decisionale riguarda la fase di ricovero riabilitativo.

In ambito di ricovero riabilitativo esistono due livelli assistenziali in relazione alla tipologia, complessità e momento di sviluppo della disabilità, all'intensità ed alla complessità delle attività sanitarie di riabilitazione nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite. Perché i ricoveri in strutture riabilitative ospedaliere siano appropriati è comunque indispensabile che soddisfino almeno questi requisiti generali:

- vi sia la necessità per le condizioni cliniche del paziente di assistenza infermieristica 24 h e copertura medico specialistica fisiatrica;
- il paziente sia affetto da disabilità tale da non poter essere trattato con modalità alternative al ricovero ordinario;
- il paziente sia affetto da disabilità modificabili con il trattamento riabilitativo;
- vi sia la necessità di un intervento articolato ed integrato interprofessionale.

Attività di Riabilitazione Intensiva (identificata dal cod. 56)

Le Unità Operative di Riabilitazione Intensiva sono dirette alla presa in carico di persone affette da:

- menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

Le attività devono essere rivolte a persone che necessitano di un intervento riabilitativo distribuito nell'arco della giornata con la partecipazione sia dei professionisti della riabilitazione sia dei professionisti dell'assistenza con presenza infermieristica h 24. Nel piano della riabilitazione della Regione Siciliana di cui al Decreto Assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12, gli interventi di riabilitazione intensiva si caratterizzano nella necessità di garantire al paziente un intervento multidisciplinare e multiprofessionale

intensivo di almeno di 3 ore al giorno di trattamento riabilitativo specifico.

Attività di Riabilitazione Estensiva (identificata dal codice 60)

E' una attività caratterizzata da interventi riabilitativi di più moderato impegno terapeutico, a fronte di un maggior intervento assistenziale, e in particolare alle persone che non possono giovarsi o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilita croniche evolutive.

Nel piano della riabilitazione della Regione Siciliana di cui al Decreto Assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12, gli interventi di riabilitazione estensiva si caratterizzano nella necessità di garantire al paziente un intervento multidisciplinare e multiprofessionale valutabile in due ore al giorno di trattamento specifico che implichino un elevato livello di tutela medico - infermieristica.

Sulla base di queste considerazioni, la scelta del livello assistenziale per il paziente affetto da disabilità conseguenti a patologie dell'apparato muscolo-scheletrico deve essere indicata dal PRI. Il processo di valutazione deve comprendere strumenti in grado di definire la complessità clinica, la multimorbidità e disabilità, questi ultimi scelti rispettando lo schema generale dell'ICF (Funzioni Corporee, Strutture Corporee, Abilità e Partecipazione; Fattori ambientali).

Attività di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

Nell'ambito dei percorsi riabilitativi a livello ambulatoriale e domiciliare, dovrà essere attuata, al fine di garantire la continuità ospedale – territorio, la modalità organizzativa ed erogativa più soddisfacente per la presa in carico delle persone con esiti di frattura di femore. In tal senso rientra la valutazione degli ausili (sia in termini di appropriatezza che di utilizzo), l'erogazione di attività riabilitative in coerenza con quanto determinato nella fase acuta, l'eventuale adattamento dell'ambiente di vita della persona e l'addestramento del care-giver.

I Percorsi in riabilitazione della Regione Siciliana declinati nei requisiti di :

- struttura
- mandato
- appropriatezza e criteri di accesso
- processo
- aree di attività
- requisiti minimi strutturali
- dotazione minima ambienti
- requisiti minimi tecnologici
- risorse umane
- competenze necessarie del presidio ospedaliero

sono descritti nell'allegato B del Decreto assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella GURS Supplemento ordinario n 54 del 21/12/12.

Scale di Valutazione nei Setting Riabilitativi

Tutti i pazienti che vengono ricoverati nei centri riabilitativi intensivi, estensivi e nei post acuti con funzioni riabilitative, necessitano della stesura di un progetto riabilitativo individuale elaborato in team e di programmi riabilitativi a carico dei diversi professionisti della riabilitazione.

Accanto ad una valutazione della severità del quadro clinico (ISM) si indicano come strumenti indispensabili per un minimo data set di valutazione per una prognosi riabilitativa e l'individuazione del setting di degenza le seguenti scale:

- Funzione dolore (NRS) (Oswestry Disability Index);
- Funzione mobilità articolare (ROM);
- Funzione forza muscolare (MCR);
- Funzione equilibrio e deambulazione (TINETTI BALANCE GAYT SCALE) ;
- Funzione affaticabilità (BORG);
- Funzione Autonomia (Barthel Index)

Per quanto non esplicitamente indicato nel presente documento si fa riferimento al Piano della Riabilitazione della Regione Siciliana pubblicato nella GURS n 54 del 21/12/2012