

ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE

La frattura di femore rappresenta una delle cause più importanti di incremento di mortalità e di perdita di autosufficienza nell'anziano. A seconda delle casistiche la mortalità a 30 gg è di circa il 10%, a 6 mesi del 20% e a 12 mesi può superare il 30%. Un eccesso di mortalità è segnalato anche oltre 2 anni dall'evento.

Circa il 20% dei pazienti sviluppa complicanze mediche nel post-operatorio, in particolare di tipo cardiaco e polmonare, ma spesso multiple. Ciò comporta in genere un allungamento dei tempi di degenza, mentre elevata è la percentuale di reingressi, soprattutto nei dimessi a domicilio.

A un anno il recupero delle condizioni pre-esistenti viene raggiunto, a seconda dei vari gruppi studiati, in poco più del 40% mentre il 20-25%, a causa di invalidità permanente, va incontro a istituzionalizzazione definitiva.

Le risorse necessarie alla gestione sanitaria e assistenziale sono pertanto elevatissime e con l'invecchiamento della popolazione il problema è destinato a crescere ulteriormente.

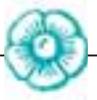
L'età media dei pazienti che accedono ai reparti di Ortopedia per frattura di femore è infatti in progressivo aumento; nel contempo l'impatto sulla sopravvivenza e

sull'autonomia è peggiore tanto più è avanzata l'età e la comorbidità.

Così, mentre la mortalità nei pazienti anziani affetti da altre patologie come l'infarto e l'ictus si è progressivamente ridotta, la mortalità per frattura di femore non è migliorata negli ultimi 40 anni e in alcune casistiche continua a peggiorare, a dispetto del continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche e anestesologiche. Nel tentativo di invertire questo trend, nell'ultimo decennio in tutto il mondo si sono sviluppati modelli di cura specifici per la gestione della frattura di femore nell'anziano, che prevedono l'integrazione delle competenze ortopediche con quelle geriatriche. Alcuni sistemi sanitari, come quello inglese, prevedono già che in ogni ospedale per acuti debba essere presente almeno un centro dedicato di Orto geriatria, in stretta relazione con un servizio di prevenzione delle fratture e delle cadute. Le modalità organizzative finora realiz-



zate sono diverse (consulenza geriatrica senza presa in carico del paziente, presenza quotidiana del geriatra in Ortopedia con presa in carico del paziente per quanto di sua competenza già dall'ingresso, intervento dell'ortopedico sui pazienti fratturati ricoverati sin dall'inizio in



ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE



Geriatria, trasferimento precoce del paziente dopo l'intervento dall'Ortopedia in unità di post-acute riabilitativa a gestione geriatrica). Nel nostro contesto un gruppo di lavoro multidisciplinare, attivo da alcuni anni, aveva già proposto un modello che prevede la presenza quotidiana del geriatra in Ortopedia, con la contemporanea presa in

carico del paziente, ognuno per le proprie competenze specifiche, dall'ortopedico e dal geriatra, con l'integrazione nel team di cura dell'anestesista, del riabilitatore e dell'assistente sociale, oltre a ulteriori professionalità quando ritenuto necessario (es. dietista). L'approvazione nell'ambito del **"Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2008" del progetto "Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore"**, uno studio multicentrico che prevede il confronto fra diversi modelli organizzativi in ambito regionale e di cui il nostro gruppo è responsabile per la gestione e l'analisi dei dati, ha consentito di dare inizio a questo percorso a partire dal marzo di quest'anno. Da allora tutti i pazienti ultrasettantacinquenni ricoverati con frattura del femore prossimale vengono valutati entro 24 ore dall'ingresso dal geriatra che è sempre presente al mattino.

I punti chiave del percorso, in accordo con le più recenti e autorevoli linee guida, prevedono:

- rapido transito dal Pronto Soccorso al reparto di Ortopedia;
- tempestivo inquadramento multiprofessionale (geriatrico, ortopedico e anestesiologicalo);
- intervento chirurgico entro 48 ore;



- intervento tecnicamente mirato alla rapida mobilizzazione;
- mobilizzazione precoce, in prima giornata postoperatoria
- riabilitazione multidisciplinare precoce;
- precoce pianificazione della dimissione;
- prevenzione secondaria delle fratture (terapia dell'osteoporosi e prevenzione delle cadute).

La realizzazione di questi punti nella già complessa organizzazione dell'Unità operativa di Ortopedia ha comportato un notevole impegno di riorganizzazione del lavoro e delle competenze, reso possibile solo dalla forte motivazione e dalla quotidiana disponibilità al cambiamento di tutti gli operatori.

Per velocizzare l'accesso in sala operatoria, già a partire dal PS ortopedico vengono raccolti tutti gli esami necessari per l'intervento. In reparto vengono completate le indagini mediante un nuovo profilo di laboratorio appositamente creato per la valutazione internistica specifica e viene effettuata la valutazione multidimensionale geriatrica che indaga, mediante test specifici, l'autonomia preesistente alla caduta, lo stato cognitivo, il tono dell'umore, le comorbidità, la causa di caduta e di frattura, la stabilità del quadro clinico, nonché la situazione socio-assistenziale e gli eventuali problemi alla dimissione. In questa fase l'obiettivo principale del geriatra è contribuire a rimuovere eventuali problemi internistici che ritardino l'accesso alla sala operatoria e non può prescindere dall'integrazione con il lavoro dell'ortopedico, dell'anestesista e dell'equipe infermieristica.

Nel post-operatorio di particolare impatto sulla organizzazione del reparto ha avuto la mobilizzazione precoce e l'inizio della deambulazione, che salvo specifiche controindicazioni, avviene ora in prima giornata post-intervento.

Ciò richiede una adeguata preparazione del paziente volta soprattutto al controllo del dolore, dell'ipotensione ortostatica e della paura di cadere ed ha comportato una ridefinizione delle modalità di valutazione post-operatoria da parte dell'ortopedico per la concessione del carico e della valutazione fisiatrica, nonché una diversa modalità di lavoro dei terapisti della riabilitazione e dell'equipe infermieristica.

Al rientro dal Room il paziente prosegue la riabilitazione per stabilizzare la deambulazione e recuperare l'autonomia nell'igiene personale e nell'uso dei servizi, un'attività che coinvolge sia il fisioterapista che il personale infermieristico e OSS e comprende l'educazione del



ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE



caregiver per facilitare il rientro a domicilio. Contemporaneamente, insieme al fisiatra, all'infermiere dedicato, nonché all'assistente sociale per i casi più complessi, viene confermata la modalità di dimissione e vengono prescritti gli ausili del caso.

I principali aspetti del percorso di cura sono supportati da specifici protocolli (terapia antalgica, ottimizzazione dello stato nutrizionale, gestione del delirium, prevenzione dei decubiti, gestione del catetere vescicale, ossigenoterapia postoperatoria, ricoagulazione ecc., riabilitazione) alcuni già in atto e altri in corso di formazione.

Nel complesso le novità introdotte hanno modificato significativamente l'attività di nursing e ciò ha richiesto anche un'adeguamento della dotazione dei presidi (sollevatori, cubi, carrozzine, materassi antidecubito ecc.). Anche la lettera di dimissione riflette il lavoro multidisciplinare svolto sul paziente.

Alla relazione dell'ortopedico è infatti allegata anche la relazione del geriatra sugli aspetti di sua competenza, nonché la relazione infermieristica e del fisioterapista. Dopo la dimissione, oltre ai controlli ortopedici già pre-

visti, tutti i pazienti vengono richiamati telefonicamente dopo 3, 6 e 12 mesi per verificare la mortalità, lo stato funzionale e la collocazione.

Tutti i dati sono inseriti in un database appositamente creato per l'attività di audit. Una analisi preliminare dei dati dei primi 6 mesi di attività ha evidenziato, tra l'altro, una riduzione dei tempi di attesa preoperatoria (in media 2,5 vs 4.9 giorni del corrispondente periodo del 2007), una elevata percentuale di pazienti in grado di deambulare in 2° giornata (62% vs 0, non essendo previsto in precedenza) e una riduzione dei tempi di degenza media (14 vs 18.1 giorni).

Elevato sembra anche il gradimento dei clienti nel corso dei contatti telefonici.

I primi risultati, seppure siano necessari ulteriori miglioramenti di tipo clinico e organizzativo, con particolare riguardo alla disponibilità delle sale operatorie, rafforza la convinzione che, **lavorando insieme, possiamo migliorare gli outcome in questi pazienti.**

Occorre infine sottolineare che, come per ogni processo di miglioramento, anche in questo caso è stato necessario un grosso **impegno informativo e formativo** che ha coinvolto tutte le professionalità, sia in incontri dedicati che interdisciplinari costituiti da lezioni seminariali e da un percorso continuo di formazione sul campo, al fine di diffondere a tutto il personale le informazioni necessarie, mettere a punto i vari protocolli di intervento e discutere passo per passo le criticità emergenti.

E' nata poi l'esigenza di condividere le evidenze scientifiche, le esperienze, le criticità anche con altri gruppi che lavorano in questo campo, in particolare con i centri che partecipano al progetto di ricerca regionale ma anche con altri centri nazionali.

Grazie al supporto dell'Ufficio Comunicazione ha già mosso i primi passi **"Il giornale di Orto geriatria"** una newsletter quindicinale on-line per la segnalazione tempestiva della bibliografia più significativa sull'argomento e la condivisione di esperienze tra i lettori.

Inoltre con il supporto del Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca è ormai ultimata la progettazione e organizzazione di un **programma annuale di formazione a distanza per il 2009** con il Centro E-learning della Università di Modena e Reggio Emilia, un modo innovativo per rendere più efficiente ed ecologica l'attività formativa.

Maria Luisa Davoli

per il Gruppo Multidisciplinare di Orto geriatria