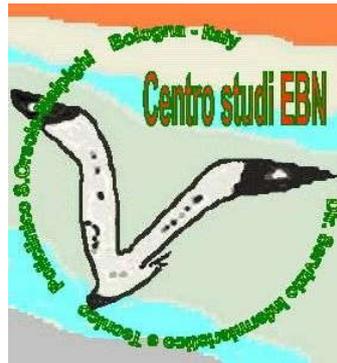


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



Area Governo Clinico

La presa in carico fisioterapica dell'Utente con Frattura di Femore

*Presenza in carico fisioterapica all'interno
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi*

Protocollo fisioterapico dell'Utente con Frattura di Femore

Semprini Adriana**, Marcato Lorenzo*, Sernesi Floriana*, Verivaki Anna*

** Fisioterapista - referente GC - ricercatore EBN

* Fisioterapista

Premessa

Il presente documento rappresenta una revisione del protocollo aziendale per la presa in carico fisioterapica del paziente con frattura di femore e/o protesi d'anca, già in uso ai fisioterapisti dal 2007.

Lo scopo è quello di aggiornare, all'interno del Policlinico S. Orsola – Malpighi, i criteri e le modalità operative della presa in carico fisioterapica del paziente con frattura di femore in fase acuta, sia egli anziano oppure no, sulla base delle indicazioni contenute nel documento di indirizzo regionale “Organizzazione dell’assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore” allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 1133 del 2/08/2013¹.

Introduzione

Le fratture osteoporotiche rappresentano uno dei principali problemi sanitari dei paesi sviluppati e, come per altre malattie croniche, i costi già alti ad esse correlati sono destinati a crescere con l’ulteriore invecchiamento della popolazione².

Le fratture di femore in particolare sono gravate da una mortalità in fase acuta intorno al 5-8% e da una mortalità ad un anno che supera il 25-30%, a fronte di una mortalità attesa ad un anno per lo stesso gruppo di età non superiore al 10%³.

Dati recenti, prodotti in Emilia Romagna, confermano che a 6 mesi dalla frattura oltre la metà dei soggetti in vita ha perso l’autonomia in almeno una delle attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)⁴ ed il 30% dei pazienti in precedenza indipendenti non è più autonomo nel cammino¹.

Le fratture da fragilità del femore prossimale sono in genere secondarie ad eventi traumatici di modesta entità, come una caduta, ed avvengono frequentemente in persone con pre-esistenti disturbi della mobilità o dell’equilibrio, o deficit sensitivi o, in generale, altre patologie associate.

Gli studi epidemiologici hanno identificato una varietà di fattori in grado di influenzare gli esiti a breve e a lungo termine, alcuni precedenti all’evento acuto (l’età del paziente, lo stato funzionale pre-frattura, lo stato cognitivo, le comorbidità), altri conseguenti alla frattura e al trattamento (sviluppo di complicanze intra-ospedaliere, ed in particolare di delirium, scarso controllo del dolore, prolungata immobilizzazione)⁵⁻¹⁰.

Le condizioni cliniche di base configurano tre tipologie di profili di pazienti anziani con frattura di femore^{1,11}. Circa il 10% è rappresentato da individui totalmente indipendenti e con scarsa o nulla comorbidità, una percentuale simile è all’opposto altamente disabile e incapace di deambulare prima della frattura, mentre la grande maggioranza è formata da soggetti ancora autonomi ma con alcune difficoltà nell’esecuzione delle attività quotidiane e con due o più patologie croniche associate. In effetti molti dei pazienti con frattura di femore rientrano nella definizione geriatrica di soggetti “fragili” definita dalla riduzione delle riserve funzionali con aumentata vulnerabilità multi sistemica di organi e apparati alle malattie^{1,11}.

Presa in carico precoce e fisioterapia nella fase acuta

La precoce ripresa dell'abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico fisioterapica¹²⁻¹⁷.

Le recenti linee guida NICE evidenziano 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 settimana giornata dopo l'intervento, mentre non vi sono differenze significative per quanto riguarda la destinazione alle dimissioni e la mortalità rispetto alla mobilizzazione tardiva (intesa come iniziata oltre le 48 ore)¹².

Per quanto riguarda il tipo di trattamento fisioterapico, vi sono evidenze che un training aggiuntivo di rinforzo muscolare agli arti inferiori migliora 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 il passaggio seduto-in piedi¹⁸⁻²².

Elementi fondamentali per la piena realizzazione del progetto e del programma riabilitativo sono:

- l'aver effettuato un tipo di intervento chirurgico che consenta un carico immediato^{23,24};
- 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 consentito.

Nell'immediato post-operatorio, già in prima giornata, dopo la valutazione fisiatrica e fisioterapica, viene avviata, con particolare attenzione alla gestione del dolore, la mobilizzazione precoce del paziente, e non appena vengono rimossi i drenaggi, viene avviata la verticalizzazione e la progressiva ripresa della deambulazione^{25,26}.

Nel corso della degenza viene tempestivamente effettuata anche la valutazione socio-assistenziale che consente di elaborare in accordo con i familiari il progetto assistenziale.

L'obiettivo principale della riabilitazione nel paziente sottoposto a intervento chirurgico dopo frattura di femore è quello di agevolare il rientro al proprio domicilio nelle migliori condizioni possibili sia d'indipendenza che di sicurezza²⁶.

La precocità dell'intervento fisioterapico trova indicazione per contrastare i rischi correlati all'intervento chirurgico e all'immobilizzazione di pazienti anziani, come le piaghe da decubito e la Trombosi Venosa Profonda.

In questa fase è importante considerare tutti quegli elementi pre-esistenti che possono influenzare lo sviluppo e l'esito del programma riabilitativo come ad esempio le patologie concomitanti, i deficit della deambulazione e dell'equilibrio, le diminuite capacità visive e motorie, il deterioramento cognitivo.

Va sottolineato che le capacità cognitive e collaborative del paziente possono influire in modo determinate sul programma riabilitativo.

A questi elementi se ne aggiungono altri che sono legati alla fase post-chirurgica e sono le condizioni di salute generali, il tipo di frattura subita e conseguentemente il tipo di intervento a cui è stato sottoposto.

La collaborazione tra tutti i membri del team multi-disciplinare è un valido aiuto sia per la gestione clinica del paziente anziano, che per una facilitazione del processo riabilitativo.

Per il fisioterapista la collaborazione con il team è importante soprattutto per determinare quanto sia il carico corporeo che può sopportare l'arto operato e per effettuare una scelta più mirata dell'ausilio appropriato per la deambulazione, poiché gli spostamenti e la deambulazione devono sempre avvenire in primo luogo nel rispetto della sicurezza del paziente^{27,28}.

Altri obiettivi della fisioterapia sono:

- contrastare tutti i rischi dell'allettamento;
- mantenere e ripristinare l'articolarià;
- mantenere e ripristinare il trofismo e la forza muscolare;
- mirare al recupero dell'autonomia nei passaggi posturali e ad una rapida verticalizzazione, rispettando una logica successione.

I pazienti che si presentano nel reparto di Ortopedia in seguito a frattura di femore possono essere sostanzialmente distinti in due categorie²⁹:

1. Pazienti con frattura di femore ortogeriatrici (10 posti letti dedicati + esuberanti nel reparto).
2. Pazienti con frattura di femore (trattati con osteosintesi o protesi d'anca).

Per entrambi i gruppi si propone la presa in carico diretta da parte del fisioterapista previa acquisizione del parere favorevole dell'Ortopedico²⁹.

PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE ORTOGERIATRICI²⁹

POPOLAZIONE

Paziente anziano con età superiore a 75 anni e frattura prossimale del femore che abbia subito un intervento chirurgico (osteosintesi o protesi d'anca).

PERIODO DI TRATTAMENTO

Dall'immediato postoperatorio (il giorno dopo l'intervento e comunque entro le successive 48 ore) alla dimissione.

DURATA MEDIA DELLA SESSIONE

30 minuti.

FREQUENZA DELLE SESSIONI

Una sessione al giorno, sei giorni la settimana.

RACCOMANDAZIONI

- Valutazione e presa in carico precoce del fisioterapista (il giorno dopo l'intervento e comunque entro le 48 ore) se le condizioni mediche o chirurgiche del paziente lo consentono, altrimenti il programma viene dilazionato in base alle indicazioni del team medico/chirurgico.
- Attivazione dell'intervento fisioterapico effettuata dal medico ortopedico attraverso modulo ad hoc in cui viene specificato l'autorizzazione o meno al carico e la quantità di carico concesso.
- In linea generale, trattandosi della fase acuta in cui è difficile stabilire con esattezza la percentuale di carico massimo consentito sull'arto operato del paziente, i pazienti possono essere gestiti con la seguente suddivisione del carico concesso:
 - no carico;
 - carico parziale progressivo;
 - carico totale.
- Nel caso vi sia la concessione al carico, il programma fisioterapico include fin dal 1° giorno dopo l'intervento :
 - posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e dei trasferimenti in carrozzina;
 - ortostatismo e training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili, previa identificazione dell'ausilio più idoneo (deambulatori, antibrachiali, ecc.) a seconda della tipologia di carico e della garanzia di sicurezza del paziente (anche in base alle sue capacità funzionali e al livello cognitivo);
 - training alle autonomie nelle ADL (in particolare lavarsi, vestirsi e accedere al bagno), educazione terapeutica e counselling all'assistito e al caregiver.
- Nel caso non vi sia concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura, dei trasferimenti e delle autonomie nelle ADL oltre al counselling del caregiver.
- In assenza di autorizzazione al carico anche l'ortostatismo non può essere prescritto.

- L'intervento fisioterapico deve essere integrato da un nursing dedicato e finalizzato alla cura delle posture, alla mobilità al letto e al mantenimento delle autonomie apprese sotto la guida del fisioterapista in modo da raggiungere obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni cutanei e osteo-articolari da immobilità.

PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE NON ORTOGERIATRICI²⁹

POPOLAZIONE

Paziente non anziano che abbia subito un intervento chirurgico (osteosintesi o protesi d'anca) a seguito di frattura del femore.

PERIODO DI TRATTAMENTO

Dall'immediato postoperatorio (il giorno dopo l'intervento e comunque entro le successive 48 ore) alla dimissione.

DURATA MEDIA DELLA SESSIONE

30 minuti.

FREQUENZA DELLE SESSIONI

Una sessione al giorno, sei giorni la settimana.

RACCOMANDAZIONI

- Valutazione e presa in carico precoce del fisioterapista (il giorno dopo l'intervento e comunque entro le successive 48 ore) previa acquisizione del parere favorevole dell'Ortopede dico.
- Attivazione dell'intervento fisioterapico effettuata dal medico Ortopedico attraverso modulo ad hoc in cui viene specificato l'autorizzazione o meno al carico e la quantità di carico concesso.
- Il protocollo di trattamento prevede di iniziare la verticalizzazione, quando concesso il carico, dal 2° giorno dopo l'intervento, secondo le seguenti indicazioni:
 - Osteosintesi con chiodo gamma: carico su indicazione post-chirurgica.
 - Osteosintesi con placca e viti: carico su indicazione post-chirurgica.
 - Protesi d'anca cementata e non cementata, eseguita con accesso anteriore di Hueter: carico completo fin dall'inizio, pur mantenendo doppio appoggio per i primi 20 gg.
 - Protesi d'anca non cementata eseguita con accesso laterale o postero-laterale: carico post-operatorio al 50% con doppio appoggio, da portare al 100% nei successivi 20 gg .
 - Reimpianto d'anca: programma di carico precisato di volta in volta a seconda della tenuta meccanica del sistema.
- Anche per il paziente non ortogeriatrico, rimane di fondamentale importanza l'integrazione dell'intervento del fisioterapista con un nursing dedicato e finalizzato alla cura delle posture, alla mobilità al letto e al mantenimento delle autonomie e del cammino che dovrebbero essere mantenute anche nel contesto funzionale quotidiano di reparto.

Scale di valutazione fisioterapica

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 multidisciplinare, in particolare riguardo al carico concesso, alle posture e alle modalità di trasferimento²⁷⁻²⁹.

Accanto alla valutazione delle condizioni cliniche del paziente si indicano come strumenti indispensabili per un monitoraggio del trattamento fisioterapico e come minimo data set di valutazioni funzionali per una prognosi riabilitativa le seguenti scale:

- Numeric Rating Scale - NRS o PainAid (in pazienti con deterioramento cognitivo), per il dolore.
- Range Of Motion – ROM, per la mobilità articolare.
- Scala del Medical Research Council – MRC, per la forza muscolare.
- IOWA Level Of Assistance Scale – ILOA, per la funzionalità di passaggi posturali e cammino (supino-seduto, seduto-eretto, deambulazione, esecuzione di 3 gradini, velocità della marcia)³⁰.
- SAHFE Score, per l'utilizzo di ausili nel cammino.
- Barthel Index – BI, per il grado complessivo di disabilità.

Indicatori di monitoraggio nella fase acuta

DI PROCESSO:

- % adesione ai profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80%.
- % pazienti valutati e presi in carico fisioterapico entro 48 ore (flusso: rilevazione in reparto, da parte del fisioterapista, con valutazione semestrale).
- % pazienti verticalizzati entro 48 ore (flusso: rilevazione in reparto, da parte del fisioterapista, con valutazione semestrale).

DI ESITO:

- Miglioramento significativo del grado di indipendenza raggiunta dal paziente nello spostamento dal letto e dalla sedia (con o senza strumenti di sostegno).

Pianificazione dell'intervento fisioterapico dell' Utente con Frattura di Femore.

POPOLAZIONE	Paziente anziano (con età superiore a 75 anni) o non anziano che abbia subito un intervento chirurgico per frattura del femore (osteosintesi o protesi d'anca).
PERIODO DI TRATTAMENTO	Dall'immediato postoperatorio (il giorno dopo l'intervento e comunque entro le successive 48 ore) alla dimissione.
DURATA MEDIA DELLA SESSIONE	30 minuti.
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Una sessione al giorno. Sei giorni la settimana.
SCALE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE	- Numeric Rating Scale - NRS o PainAid. - Range Of Motion – ROM. - Scala del Medical Research Council – MRC. - IOWA Level Of Assistance Scale – ILOA ³⁰ . - SAHFE Score. - Barthel Index – BI.
INDICATORI	DI PROCESSO: <ul style="list-style-type: none"> - % adesione ai profilo di intervento (in tutte le sue parti). - % pazienti valutati e presi in carico dal fisioterapista entro 48 ore. - % pazienti con indicazione al carico verticalizzati entro 48 ore. DI ESITO: <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento significativo del grado di indipendenza raggiunta dal paziente nello spostamento dal letto e dalla sedia (con o senza strumenti di sostegno).

GIORNO	FRATTURA FEMORE ORTOGERIATRIA	FRATTURA FEMORE
1	<p>Mobilizzazioni attive tibio-tarsica, mobilizzazioni passive coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isometriche quadricipite femorale, posizione seduta e ortostatismo.</p> <p>N.B.: 1. E' controindicato il rinforzo degli abduttori se è stata eseguita tecnica chirurgica con accesso laterale.</p> <p>2. Se al pz non è stato concesso il carico si eseguono solo mobilizzazioni al letto e trasferimenti letto-carrozzina o in poltrona, fino al 1° controllo ortopedico.</p>	<p>Mobilizzazioni attive tibio-tarsica, mobilizzazioni passive coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isometriche quadricipite femorale.</p> <p>N.B.: 1. E' controindicato il rinforzo degli abduttori se è stata eseguita tecnica chirurgica con accesso laterale.</p> <p>2. Se al pz non è stato concesso il carico si eseguono solo mobilizzazioni al letto e trasferimenti letto-carrozzina o in poltrona, fino al 1° controllo ortopedico.</p>
2	<p>Mobilizzazioni attive tibio-tarsica, mobilizzazioni attive-assistite coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isometriche e isotoniche concentriche quadricipite femorale, posizione seduta al letto, primi passi con girello.</p>	<p>Mobilizzazioni attive tibio-tarsica, mobilizzazioni attive-assistite coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isometriche quadricipite femorale, contrazioni isometriche grande e medio gluteo, posizione seduta al letto, ortostatismo.</p>
3-4	<p>Mobilizzazioni attive-assistite coxo-femorale in flesso-estensione, esercizio del ponte da supino, contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale da seduto, trasferimenti letto-carrozzina o poltrona e deambulazione con girello.</p>	<p>Mobilizzazioni attive coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale, contrazioni isotoniche concentriche grande e medio gluteo, deambulazione con girello o antibrachiali, addestramento ADL e spostamenti alla toilette.</p>
5	<p>Mobilizzazioni attive coxo-femorale in flesso-estensione, contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale, posizione seduta in poltrona almeno 2 ore al giorno, deambulazione con girello.</p>	<p>Contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale, contrazioni isotoniche concentriche grande e medio gluteo, deambulazione con girello o antibrachiali, posizione seduta in poltrona, se possibile scale con corrimano.</p>

<p>6 e gg. Successivi</p>	<p>Contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale, deambulazione con girello ed eventuale addestramento caregiver.</p>	<p>Contrazioni isotoniche concentriche quadricipite femorale, contrazioni isotoniche concentriche grande e medio gluteo, deambulazione con antibrachiali, scale con antibrachiali.</p>
--	---	--

La definizione dei percorsi di cura dopo la fase acuta

Nei pazienti ortogeriatrici, le richieste di consulenza fisiatrica sono limitate a casi complessi (disabilità concomitanti o preesistenti), di cui si parla all'interno del team multiprofessionale che si svolge una volta la settimana ed è volto ad individuare precocemente il percorso ottimale per ogni paziente alle dimissioni dalla fase acuta²⁹.

Anche nel caso di pazienti non anziani, la necessità di consulenza fisiatrica viene riservata a quei pazienti particolarmente delicati, già portatori di disabilità motorie, come, per citarne alcuni, il morbo di Parkinson, la sclerosi multipla, gli esiti di ictus, le polineuropatie, le malattie degenerative del sistema nervoso, gli esiti di poliomielite, ma anche a soggetti per i quali si palesassero, in corso di trattamento, difficoltà non prevedibili e che necessitano di una accurata valutazione specialistica riabilitativa²⁹.

Il Fisiatra, tuttavia, svolge un ruolo molto importante nell'individuare precocemente il percorso ottimale per ogni paziente alle dimissioni dal reparto di Ortopedia^{1,29,31}.

Si fa qui specifico riferimento alle indicazioni del protocollo interaziendale secondo cui, in base alla valutazione multi-dimensionale del paziente (comorbidità, stato cognitivo, stato funzionale pre-frattura, risorse familiari ed economiche, concessione del carico, tipo di recupero funzionale dopo l'intervento ed eventuale comparsa di complicanze post-operatorie), vengono definiti sei "Profili Pazienti" che corrispondono a sei differenti livelli di complessità clinico-assistenziale del paziente, per cui si rende necessario attivare sei differenti percorsi di dimissioni/trasferimento^{1,29,31}.

La valutazione multidisciplinare e multiprofessionale è l'elemento fondamentale per progettare il piano riabilitativo-assistenziale e facilitare sia il recupero che la dimissione del paziente³²⁻³⁴.

Al momento delle dimissioni è indicato anche effettuare una valutazione dell'autonomia funzionale, dell'equilibrio e delle performance del cammino quali indici del rischio di ri-caduta, fornendo inoltre al paziente e ai caregivers tutte le informazioni necessarie alla valutazione dell'idoneità dell'ambiente di vita e all'adozione di misure e comportamenti utili per prevenire le cadute.

Solamente attraverso il Progetto Riabilitativo Individualizzato – PRI, che riconosce nella classificazione dell'International Classification of Functioning – 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 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^{1,29,31}.

I setting previsti per la fase riabilitativa post-acuta sono Riabilitazione Estensiva, Riabilitazione Intensiva, Domicilio, strutture di Lungodegenza (con presenza di Progetto Riabilitativo)^{1,29,31,34-39}.

Al fine di meglio definire il PRI ed il relativo percorso è necessario disporre di strumenti per l'inquadramento morboso^{1,29,31}, quali:

- 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 degli obiettivi previsti dal programma del PRI.

PROFILO 1

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OBIETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
ASSENTI	ADEGUATE	BUONA	↓ 1	RECUPERO PRECEDENTE AUTONOMIA	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI	CARICO PRECOCE E CARICO TARDIVO



FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
<p>Il paziente che ha indicazione ortopedica di <i>carico precoce</i> viene dimesso ed inviato al domicilio con indicazione di riabilitazione ambulatoriale/domiciliare, con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Nel caso di indicazione ortopedica di <i>carico tardivo</i> il paziente viene inviato al domicilio con eventuale richiesta di counseling riabilitativo e successivamente indirizzato verso la riabilitazione ambulatoriale/domiciliare, con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi.</p>						

PROFILO 2

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OBIETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
ASSENTI	COMPROMESSA	BUONA	↓ 2	RIPRISTINO DELLA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA POSSIBILE FAVORENDO LE POTENZIALITÀ RESIDUE	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI	CARICO PRECOCE O CARICO TARDIVO



FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
<p>Il paziente che ha indicazione ortopedica di <i>carico precoce</i> viene dimesso al domicilio con eventuale richiesta di counseling riabilitativo. Se ha indicazione ortopedica di <i>carico tardivo</i> si prevede un eventuale supporto temporaneo alla rete sociale attraverso un ricovero in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lungodegenza (strutture in grado di garantire counseling riabilitativo – Progetto Riabilitativo di Struttura) - RSA temporanea - Domicilio con richiesta di eventuale counseling riabilitativo 						

PROFILO 3

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OGGETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
ASSENTI	ADEGUATA	ASSENTE	3	RECUPERO PRECEDENTE AUTONOMIA	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI INTEGRAZIONE CON SOCIALE	CARICO PRECOCE E CARICO TARDIVO



FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
<p>Per il paziente che ha indicazione ortopedica di <i>carico precoce</i> si prevede assistenza riabilitativa in regime di ricovero (RE o RI*) in base al Progetto Riabilitativo Individuale e poi a domicilio con eventuale richiesta di counselling riabilitativo.</p> <p>In caso di <i>carico tardivo</i> è previsto ricovero in Lungodegenza (strutture in grado di garantire counselling riabilitativo - Progetto Riabilitativo di Struttura) con successivo trasferimento in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Degenza Riabilitativa Estensiva o Intensiva in base al Progetto Riabilitativo Individuale e poi a domicilio con eventuale richiesta di counselling riabilitativo. 						

PROFILO 4

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OGGETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
PRESENTI	ADEGUATA	BUONA	4	RECUPERO PRECEDENTE AUTONOMIA	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI	PREVALENZA ALTRO BISOGNO CLINICO/PREVALENZA ALTRO BISOGNO RIABILITATIVO



FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
<p>Se è presente un bisogno prevalentemente <i>clinico internistico</i> si prevede ricovero in strutture di Lungodegenza/Post-Acuti, con successiva rivalutazione una volta stabilizzato.</p> <p>Se è presente un bisogno prevalentemente <i>riabilitativo</i> (es. esiti di Ictus) si prevede ricovero in RE-RI* in base al Progetto Riabilitativo Individuale con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi.</p>						

PROFILO 5

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OBIETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
PRESENTI	COMPROMESSA	BUONA	5	STABILIZZAZIONE CLINICA RIPRISTINO DELLA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA POSSIBIL	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI	CARICO PRECOCE O CARICO TARDIVO
↓						
FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
Si prevede ricovero in struttura di lungodegenza (strutture in grado di garantire counselling riabilitativo - Progetto Riabilitativo di Struttura) fino a stabilizzazione poi vedi profilo 2.						

PROFILO 6

FASE ACUTA						
VALUTAZIONE QUADRO SOCIO SANITARIO				PIANIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE		
FATTORI CLINICI DI COMPLICAZIONE	SITUAZIONE COGNITIVA	RETE SOCIALE	PROFILO	OBIETTIVI GENERALI	TIPOLOGIA ASSISTENZA	VARIABILI CHIRURGICHE-CLINICHE
PRESENTI	COMPROMESSA	ASSENTE	6	STABILIZZAZIONE CLINICA RIPRISTINO DELLA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA POSSIBILE	INTERVENTO CHIRURGICO RIABILITATIVA SUPPORTO AUSILI	CARICO PRECOCE O CARICO TARDIVO
↓						
FASE POST ACUTA E STABILIZZAZIONE						
PERCORSO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVO						
Per questo profilo si prevede il ricovero in struttura di lungodegenza , fino a stabilizzazione. Prima del ricovero in lungodegenza il paziente deve essere sottoposto a valutazione da parte della UVM per il successivo eventuale inserimento in struttura residenziale.						

Bibliografia

1. Delibera di Giunta Regionale n. 1133 del 2/08/2013 “Organizzazione dell’assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore – Approvazione linee guida per le aziende sanitarie della regione Emilia – Romagna”.
2. Piscitelli P, Iolascon G, Gimigliano F et al. Incidence and costs of hip fractures compared to acute myocardial infarction in the Italian population: a 4-year survey. *Osteoporos Int* 2007;18:211-219.
3. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2006;17:1726-1733.
4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-919.
5. Heruti RJ, Lusky A, Barell V, Ohry A, Adunsky A. Cognitive status at admission: does it affect the rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture? *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:432-6.
6. Laubjerg Daugaard C, Jorgensen HL, Riis T, Lauritzen JB, Duus BR, Van der Mark S. Is mortality after hip fracture associated with surgical delay or admission during weekends and public holidays? A retrospective study of 38,020 patients. *Acta Orthopaedica* 2012.
7. Pioli G, Barone A, Giusti A, Oliveri M, Pizzonia M, Razzano M, Palummeri E. Predictors of mortality after hip fracture: results from 1-year follow-up. *Aging Clin Exp Res* 2006;18(5):381-7.
8. Pioli G, Frondini C, Lauretani F, Davoli ML, Pellicciotti F, Martini E, Zagatti A, Giordano A, Pedriali I, Nardelli A, Zurlo A, Ferrari A, Lunardelli ML. Time to surgery and rehabilitation resources affect outcomes in orthogeriatric units. *Arch Gerontol Geriatr* 2011.
9. Pioli G, Lauretani F, Davoli ML, Martini E, Frondini C, Pellicciotti F, Zagatti A, Giordano A, Pedriali I, Nardelli A, Zurlo A, Ferrari A, Lunardelli ML. Older People with Hip Fracture and IADL Disability require Earlier Surgery. *J Gerontol ABiol Sci Med* 2012.
10. Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. *Qual Saf Health Care* 2005;14:371-377.
11. Goldstein F, Strasser D, Woodard J, Roberts VJ. Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:35-42.
12. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline. The Management of Hip Fracture in Adults. *NICE* 2011; NICE clinical guideline n°124.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. A national clinical guideline. Edinburgh: *SIGN* 2002; SIGN publication n°56.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Hip Fracture in Older People. A national clinical guideline. Edinburgh: *SIGN* 2009; SIGN publication n°111.
15. Best Practice Evidence Based Guideline. Acute management and immediate Rehabilitation after Hip Fracture amongst people aged 65 years and over. *New Zealand Guidelines Group* 2003.
16. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Management of proximal femoral fractures* 2011.
17. Fox KM, Hawkes WG, Hebel JR, Felsenthal G, Clark M, Zimmerman SI, et al. Mobility after hip fracture predicts health outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:169-73.
18. Beaupre LA, Cinats JG, Senthilselvan A, Scharfenberger A, Johnston DW, Saunders LD. Does standardized rehabilitation and discharge planning improve functional recovery in elderly patients with hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:2231-2239.
19. Hauer K, Rost B, Rutschle K et al. Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatric Soc* 2001;49:10-20.

20. Pryor GA, Williams DR. Rehabilitation after hip fractures. Home and hospital management compared. *J Bone Joint Surg* 1989;71:471-4.
21. Cameron ID, Handoll HH, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;3:CD000106.
22. Fantini MP, Fabbri G, Laus M, Carretta E, Mimmi S, Franchino G, Favero L, Rucci R. Determinants of surgical delay for hip fracture. *The Surgeon* 2010;9(3):130-4.
23. Klaus Hauer, Norbert Specht, Matthias Schuler, Peter Bartsch, Peter Oster. Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *British Geriatrics Society* 2002;31:49-57.
24. Cameron ID, Lyle DM, Quine S. Accelerated rehabilitation after proximal femoral fracture: a randomised controlled trial. *Disabil Rehabil* 1993;15:29-34.
25. Siu AL, Penrod JD, Boockvar KS, Koval K, Strauss E, Morrison RS. Early ambulation after hip fracture: effects on function and mortality. *Arch Intern Med* 2006;166:766-771.
26. Galvard H, Samuelsson SM. Orthopaedic or geriatric rehabilitation of hip fracture patients: a prospective, randomised, clinically controlled study in Malmo, Sweden. *Aging* 1995;7:11-6.
27. Naglie G, Tansey C, Kirkland JL et al. Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002;167:25-32.
28. Tierney AJ, Vallis J. Multidisciplinary teamworking in the care of elderly patients with hip fracture. *J Interprofessional Care* 1999;13:41-52.
29. Procedura Aziendale - PDTA. Percorso di cura per l'assistenza integrata alle persone con Frattura di Femore e ultrasettantacinquenni – Rev. 1. *AOU Bologna* 2014.
30. Morri M, Natalia F, Gerini G, Morabito R, Natali E, Marchese O, Bastia C, Tosarelli D, Zanotti E. La misurazione delle performance funzionali alla dimissione dopo intervento di protesi articolare come pre-requisito per l'organizzazione del percorso riabilitativo precoce. Uno studio prognostico. *Evidenze in Assistenza (Centro Studi EBN)* 2013;1:3-6.
31. Procedura Interaziendale P-int 11. Percorsi per la riabilitazione in area metropolitana del paziente con frattura di femore. *AUSL Bologna, AOU Bologna, IOR Bologna* 2011.
32. Vidan M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1476-1482.
33. Khasraghi FA, Christmas C, Lee EJ, Mears SC, Wenz JF Sr. Effectiveness of a multidisciplinary team approach to hip fracture management. *J Surg Orthop Adv* 2005;14:27-31.
34. Programma di ricerca Regione – Università 2007 – 2009 – Area 2 Governo clinico, Ortogeriatría: modelli per la gestione integrate e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura di femore. Responsabile scientifico: Lunardelli ML. *AOU Bologna*.
35. Implementation of an Organized Geriatric Fracture Program. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation* 2012.
36. Barone A, Giusti A, Pizzonia M, Razzano M, Palummeri E, Pioli G. A comprehensive geriatric intervention reduces short- and long-term mortality in older people with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:711-712.
37. Farnworth MG, Kenny P, Shiell A. The costs and effects of early discharge in the management of fractured hip. *Age and Ageing* 1994;23:190-4.
38. Ensberg M, Paletta J, Galecki AT, Dacko CL, Fries BE. Identifying elderly patients for early discharge after hospitalisation for hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med* 1993;48:187-95.
39. Giusti A, Barone A, Oliveri M et al. An analysis of the feasibility of home rehabilitation among elderly people with proximal femoral fractures. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:826-831.