

L' IMPORTANZA DELL' ASSISTENZA INTEGRATA DOPO LA FRATTURA DEL FEMORE NELL' ANZIANO.

Uno dei problemi sanitari più assillanti è la spesa per le degenze ospedaliere causata anche dalla durata eccessiva dei ricoveri, ma anche dalla utilizzazione impropria di questo setting; gli anziani rappresentano circa il 50% delle degenze ospedaliere; si tratta di degenze che spesso si protraggono oltre la media per complicanze e multipatologia. Non si deve dimenticare che l' ospedalizzazione dell' anziano non sempre dà risultati favorevoli: l' anziano alla dimissione ha problemi aggiuntivi a svolgere in modo autonomo le attività della vita quotidiana (ADL). L' impressione è che non sempre vengono attuate procedure per rendere breve la degenza anche perchè la medicina di transizione fra i setting non ha ricevuto le attenzioni e le applicazioni che merita. In alcuni paesi l' infermiere SNFist (vedi [qui](#)) e il medico hospitalist (vedi [qui](#)) sono figure professionali coinvolte in questo processo in cui la dimissione è l' evento iniziale seguito da cure ed assistenza appropriate a domicilio o nelle strutture (medicina di transizione) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895/>.

Nelle Regioni italiane sono state intraprese iniziative per affrontare il problema citato causa di ricoveri ripetuti, aggravamento della disabilità con non-autosufficienza, riduzione della qualità della vita del paziente e dei famigliari. Si devono considerare anche le realtà rappresentate da ospedali di dimensioni ridotte: riporto il caso dell' Ospedale e del Distretto di Carpi (Modena) dove nel corso degli anni 2017 e 2018 (i dati sono preliminari) si è proceduto alla riorganizzazione dei percorsi socio-sanitari dei pazienti anziani con frattura del femore con l'obiettivo di assicurare continuità assistenziale da un setting all'altro, di fornire procedure appropriate ai bisogni complessi dei pazienti e di favorire il recupero della maggiore autonomia possibile. Il problema dell' ortogeriatrics è stato affrontato con variabile successo <https://www.mdpi.com/2308-3417/3/3/55>.

Questi percorsi prevedono che i pazienti operati di frattura del femore siano trasferiti, pochi giorni dopo l'intervento chirurgico, presso strutture socio-sanitarie del territorio per effettuare il trattamento riabilitativo se è consentito il carico dell' arto operato; in caso invece che il paziente non sia nelle condizioni di caricare l' arto operato viene offerta la possibilità di rientro al domicilio dove fruirà dell' aiuto di un operatore socio-sanitario (OSS) a sostegno al caregiver per le attività di igiene/accudimento oppure di un periodo di degenza presso una struttura protetta, se la rete familiare non è adeguatamente supportiva. Questi percorsi vengono attivati dal personale del reparto ospedaliero fin dai primi giorni di ricovero, d'accordo con la famiglia, tramite una segnalazione precoce al PUASS (Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario), servizio che si occupa di organizzare le dimissioni protette dei pazienti residenti nel distretto. Il PUASS, attraverso una commissione composta da medico geriatra, infermiere e assistente sociale, procede ad effettuare entro pochissimi giorni dalla segnalazione, la valutazione multidimensionale del paziente operato e in base alle condizioni cliniche, sociali e ai bisogni rilevati propone all'utente e alla sua famiglia il progetto assistenziale più adeguato.

La riorganizzazione dei servizi territoriali e la creazione di specifici percorsi possono abbreviare i tempi di degenza media, ridurre i ricoveri ripetuti; la puntuale gestione geriatrica della dimissione del paziente anziano con frattura del femore può dare risultati utili non solo al paziente, ma anche alla sanità in termini di costi e di risultati positivi.

Retrospectivamente è stata considerata una limitata coorte di pazienti di età superiore ai 65 anni ricoverati dal 16 agosto 2018 al 3 agosto 2019 nella UO di Ortopedia di Carpi (l'Ospedale fa parte dell' AUSL di Modena) per frattura del femore. I dati sono preliminari. La prima coorte di pazienti (n=156) comprendeva anziani del distretto di Carpi che hanno usufruito di percorsi di dimissione protetta. La seconda coorte (n=72) comprendeva (gruppo di controllo) invece pazienti di altri distretti per i quali non sono stati attivati percorsi specifici di sostegno all'utente e la cui dimissione ha comportato spesso per la famiglia la ricerca di soluzioni assistenziali. Di ogni paziente si considera la destinazione alla dimissione dal reparto di ortopedia. Ciascuna coorte è stata ulteriormente suddivisa in due ulteriori sottocoorti: coloro che dopo la dimissione dal reparto di ortopedia uscivano dal circuito ospedaliero per essere dimessi sul territorio (in strutture residenziali e semiresidenziali) e

coloro che dopo la dimissione dal reparto di ortopedia venivano trasferiti in altri reparti ospedalieri (lungodegenze, reparti di riabilitazione, reparti di medicina ecc). In presenza di percorsi di dimissione protetta, la percentuale di dimessi sul territorio che uscivano così dal circuito ospedaliero era del 66% contro il 48% dei residenti in altri distretti (gruppo di controllo) che non usufruirono di percorsi mirati per la riabilitazione anche a domicilio dopo frattura di femore. La durata del ricovero ospedaliero è stata di 8,6 giorni nel gruppo studiato e di 11,0 giorni nel gruppo di controllo. Ciò consente una valutazione economica da integrare con le spese del periodo postoperatorio; naturalmente sarà fondamentale considerare i risultati ottenuti compresa la disabilità e la mortalità.

Quindi la riorganizzazione dei percorsi socio-sanitari e la creazione di percorsi tempestivamente attivati e mirati per soddisfare i bisogni delle persone anziane ha abbreviato i tempi di degenza e migliorato l'efficienza e i risultati dei servizi centrati sul paziente.

La qualificazione del personale che opera anche sul territorio su casistica come quella descritta è un punto rilevante per ottenere risultati positivi in pazienti anziani ortogeriatrici ; è sempre più importante l'organizzazione delle cure e dell'assistenza agli anziani che vanno incontro ad un evento acuto come la frattura del femore quasi sempre provocata da cadute. Il tipo di intervento descritto è stato organizzato utilizzando risorse disponibili in quasi tutti i distretti: si tratta di integrare le attività di diverse figure professionali per realizzare interventi centrati sul paziente anziano.

Ciò vale anche per altre patologie e per altre situazioni caratterizzate da variabile disabilità: l'Organizzazione mondiale della sanità ha proposto interventi di tipo integrato nelle malattie croniche (vedi [qui](#)) che dovrebbero essere presi in considerazione per assicurare le migliori cure e l'assistenza più adatta nel setting più appropriato.

I dati relativi alla casistica del Distretto di Carpi sono stati forniti dalla dr.ssa Stefania Ascari, Direttore sanitario del Distretto.