

XV Congresso Nazionale

FIMeG 2022

LA GERIATRIA DEL TERZO MILLENNIO
tra nuove tecnologie e medicina di genere

Un modello di integrazione ospedale – territorio (Asl/Sa Distretto 72)

Dott.ssa Anna Maria Lammardo



**Federazione Italiana
Medicina Geriatrica**



L'ESPERIENZA DELLE CURE DOMICILIARI IN PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE

Tra le varie patologie dell'anziano che richiedono l'assistenza a domicilio nel nostro studio abbiamo preso in considerazione le fratture di femore. I pazienti più funestati da queste fratture sono gli anziani oltre i 70 anni di età. I motivi di questo aumento del rischio in età avanzata sono legati alla riduzione del tessuto osseo e alla variazione della sua densità(osteoporosi), fattori che possono predisporre alla frattura anche in occasione di traumi lievi.

Un intervento chirurgico tempestivo permette di ridurre al minimo il tempo di immobilizzazione a letto, impedendo la comparsa di complicazioni :

- piaghe da decubito
- disturbi respiratori e circolatori
- alterazioni psichiche
- infezioni delle vie urinarie

FATTORI CHE INFLUENZANO GLI ESITI DELLA FRATTURA DI FEMORE (a breve e lungo termine)

- Fattori funzionali preesistenti l'evento acuto (stato funzionale prefrattura, lo stato cognitivo, le comorbidità)
- Fattori conseguenti alla frattura e al trattamento (complicanze intraospedaliere, delirium, scarso controllo del dolore, prolungata immobilizzazione)

Quindi la miglior cosa per i pz con frattura di femore è la presa in carico multidisciplinare che affronti non solo la riparazione chirurgica della frattura ma la globalità dei problemi attraverso il tipico approccio multidisciplinare geriatrico , riabilitativo e sociale.

Dati epidemiologici indicano che nell'anno successivo alla frattura la mortalità è del 25-30%.

Il 22% dei pazienti perde la possibilità di camminare indipendentemente

Il 25 - 40% riacquista l'autonomia nelle attività quotidiane

NEL NOSTRO TERRITORIO LE RISORSE RIABILITATIVE SONO COSI ARTICOLATE:

- **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE EX ART 26**
non hanno pronta disponibilita' di prestazioni riabilitative, l'accesso è regolamentato da una lista d'attesa, con disomogenea distribuzione della residenzialità
- **SETTING RIABILITATIVO ESTENSIVO DOMICILIARE (cure domiciliari di livello base)**
- **RICOVERO RIABILITATIVO INTENSIVO (max 3-4 settimane)**

LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DEL PAZIENTE ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE VIENE REGOLAMENTATO DAL SSR CAMPANIA CON IL DECRETO N.69 DEL 21/12/2017

(definisce il percorso riabilitativo in fase acuta o post acuta; raccomanda l'approccio multidisciplinare, le modalità per la valutazione del bisogno riabilitativo, le modalità di dimissioni, i criteri della scelta del setting e gli indicatori di performance)

“ PERCORSO RIABILITATIVO DELLA PERSONA CON FRATTURA DI FEMORE - LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE “

STUDIO 2019

U.O.C. ORTOPEDIA PO POLLA

PAZIENTI **112** (75/80 aa)

MASCHI 25% } 66 PZ IN CURE DOMICILIARI LIVELLO BASE PAI – PRI DA 40- 60 gg
FEMMINE 75% } PATOLOGIE CONCOMITANTI (scala di CIRS>3 ,=5)

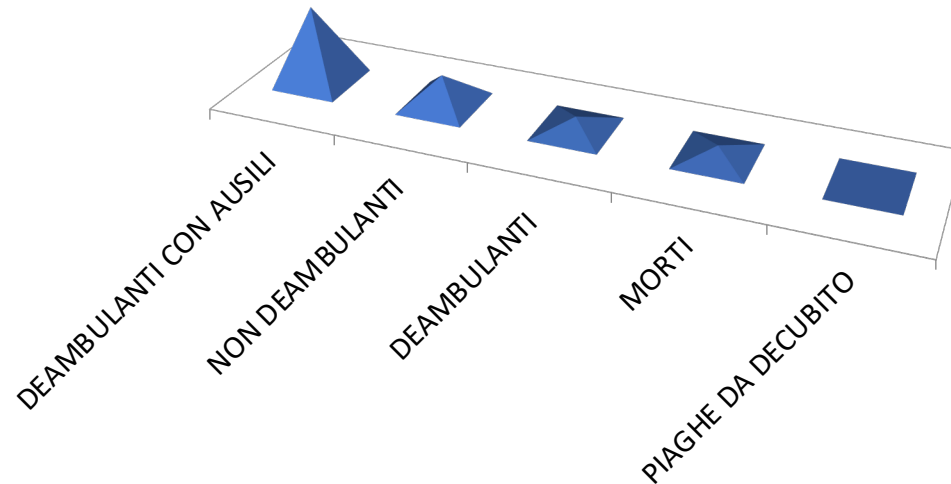
PZ CHE HANNO SVILUPPATO PIAGHE DA DECUBITO (4)

MORTI (4) ~85aa

DEAMBULANTI (3)

DEAMBULANTI CON AUSILI (44)

PZ NON HANNO RAGGIUNTO L'AUTONOMIA NELLA DEAMBULAZIONE (11)



INDICATORI DI COMORBILITA' E DIAGNOSI

Gli indicatori derivano dalla CIRS Cumulative Illness rating Scale (*Parmelee PA et al. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-7*)

1	Assente	nessuna compromissione di organo/sistema
2	Lieve	la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3	Moderato	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
4	Grave	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi non può essere buona (es. carcinoma non operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5	Gravissimo	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

Risultati

Dai risultati del nostro studio è emerso che un esiguo numero di pazienti assistiti in CD ha raggiunto un buon livello di autosufficienza, i restanti pazienti sia per effetto della scarsa collaborazione al trattamento fisioterapico, dovuto alle concomitanti patologie e al limitato grado di autonomia pre-frattura, sia per problemi osteoarticolari che per la compromissione cognitiva non sono riusciti ad ottenere i risultati prefissati. L'assistenza domiciliare prestata a questi pazienti con frattura di femore ha comportato alla nostra ASL Salerno una riduzione della spesa sanitaria, ha evitato il sovraffollamento dei reparti post-acuzie, ha portato sollievo e supporto ai familiari (caregiver) evitando al paziente le complicanze intraospedaliere (disorientamento T/S, delirium, insonnia, prolungata immobilizzazione), ha favorito la ripresa della partecipazione alla vita della persona.