



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Infermieristica

**STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO SUL
PERCORSO FRATTURA DI FEMORE E
IMPLEMENTAZIONE DI UN OPUSCOLO
INFORMATIVO**

Relatore:

**Dott.ssa DONATELLA
GIOVANNINI**

Tesi di Laurea di:

GLORIA BONAPARTE

Correlatore:

**Dott.ssa MARGHERITA
MORETTI**

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO	4
1.1 Anziano fragile.....	4
1.2 Osteoporosi	5
1.3 Percorso frattura di femore anziano fragile.....	6
1.4 La dimissione protetta	9
1.4.1 Nucleo Dimissioni Ospedaliere Protette all'interno dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (AOORMN).....	11
1.4.2 L'infermiera di degenza	11
1.4.3 Il medico dell'unità operativa	12
1.4.4 Il medico del NDOP.....	12
1.4.5 Il Coordinatore Infermieristico del NDOP.....	13
1.4.6 L'infermiere del NDOP	13
1.4.7 L'assistente sociale del NDOP	13
1.4.8 Il medico fisiatra del NDOP	14
1.5 La Valutazione Multidimensionale	14
1.5.1 Il Punto Unico di Accesso (PUA)	16
1.5.2 Unità di Valutazione Integrata (UVI).....	16
1.5.3 Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)	17
1.6 Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) Regione Marche.....	18
1.7 Scale Multidimensionali utilizzate dal NDOP dell'AOORMN	19
1.7.1 Scala Activities of Daily Living (ADL).....	19
1.7.2 Scala Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	20
1.7.3 Scala Blaylock Risk Assessment Screening and Score (BRASS).....	21
1.7.4 Scala Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....	21

1.7.5 Scala National Early Warning Score (NEWS)	22
1.8 Strutture per le residenzialità Sanitarie e Riabilitative.....	22
1.8.1 Struttura Riabilitativa Intensiva	23
1.8.2 Struttura Riabilitativa Estensiva.....	24
1.8.3 Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).....	24
1.8.4 Cure Intermedie.....	25
CAPITOLO 2: STUDIO OSSERVAZIONALE.....	26
2.1 Obiettivo dello studio	26
2.2 Materiali e Metodi	26
2.2.1 Disegno dello studio	26
2.2.2 Campionamento.....	27
2.3 Risultati	27
CAPITOLO 3: DISCUSSIONE	34
3.1 Discussione.....	34
3.2 Limiti dello studio	35
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	36
BIBLIOGRAFIA	39
ALLEGATI.....	42

INTRODUZIONE

Le fratture del collo del femore costituiscono la prima causa di ricovero nell'anziano, e di qui il suo grande impatto sull'ospedale e sui servizi territoriali (Simoncelli et Al. 2014), ogni anno in Italia se ne contano più di 120 mila (SuperAbile Inail).

Le fratture di femore sono quelle con il più alto impatto sulla popolazione in termini di costi e di disabilità, il Ministero della Salute afferma che “la mortalità da frattura del femore è del 5% nel periodo successivo all'evento e del 15-20% ad un anno, nel 20% dei casi la persona non riesce più a camminare in maniera autonoma e solo il 30-40% dei soggetti torna alle condizioni precedenti la frattura”.

Le fratture di femore comportano perdita di funzionalità e autosufficienza: ad un anno dalla frattura il 60% delle persone richiede ancora assistenza e nell'anno successivo l'evento il 33% dei pazienti è completamente dipendente. (Menti Attive, 2017).

Le cadute sono un evento frequente e comune nelle persone anziane, anche se la maggior parte di esse non causa infortuni gravi provocano conseguenze sul benessere psico-fisico, infatti dopo l'accaduto la persona mostrerà insicurezza e limitazione nello svolgimento delle semplici attività di vita quotidiana.

La degenza per frattura di femore nell'anziano (media di 14 giorni), a volte, vede la comparsa di ulteriori complicanze mediche sia prima che dopo l'intervento chirurgico, con aumentato rischio di declino funzionale, depressione, rallentamento del recupero fisico, mortalità; tutto ciò si traduce in un allungamento dei tempi di ricovero e oneri in termini economici a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Istituto Superiore di Sanità riporta che le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età (lo riferisce il 7% delle persone tra i 65 - 74 anni e il 12% degli over 85 anni) e fra le donne piuttosto che gli uomini (10% contro il 7%) perché sono maggiormente soggette ad osteoporosi. L'ISS riporta inoltre che la maggior degli eventi avviene dentro le mura domestiche (64%), e meno frequentemente in strada (20%) o giardino (12%).

L'ISTAT nel 2014 rileva che la percentuale di cadute dentro casa nelle persone dai 65 anni in su è del 76,9% e aumenta all'81% nel caso di donne sopra i 75 anni.

Il femore è l'osso più lungo e voluminoso del corpo umano, comunica con l'articolazione dell'anca e del ginocchio, viene anatomicamente diviso in tre regioni: estremità prossimale, corpo ed estremità distale. Le sue funzioni sono ripartire il peso sull'arto inferiore, permettere il mantenimento della stazione eretta e il movimento come camminare, saltare, correre.

Le fratture di femore possono colpire qualsiasi delle tre regioni, ma nelle persone anziane è maggiormente interessata la testa del femore, che si colloca nell'estremità prossimale dove l'osso si congiunge con l'articolazione dell'anca, a causa della sua conformazione anatomica e del carico del peso corporeo a cui è sottoposta.

I sintomi della frattura di femore possono essere diverse come: dolore acuto e immediato che si può irradiare all'inguine, al ginocchio o alla caviglia, gonfiore, tumefazione, difficoltà a muovere la gamba, deformazione, accorciamento ed extrarotazione dell'arto.

Le linee guida del Ministero della Salute annunciano che dopo l'ingresso dell'utente in pronto soccorso tramite mezzo proprio o ambulanza e corretta diagnosi da parte del personale medico e infermieristico la persona deve essere ricoverata e operata entro le successive 48 ore; riducendo in questo modo la comparsa di complicanze post-operatorie come embolia polmonare, sepsi, delirium, ictus, diminuire la durata del dolore, migliorando il recupero degli outcome funzionali e ridurre la mortalità.

La presa in carico del paziente operato di frattura di femore deve iniziare dalla prima giornata post-operatoria con la mobilizzazione precoce attraverso frequenti cambi posturali al fine di prevenire le complicanze da ipomobilità come trombosi venosa profonda, lesioni da pressione, infezioni delle vie urinarie e/o polmonari, rallentamento cognitivo, stitichezza, risulta indispensabile quindi la collaborazione di un team multiprofessionale composto da varie figure come fisioterapisti, infermieri, oss.

Entro le 24/48 ore successive l'intervento di osteosintesi per i pazienti con età superiore a 65 anni viene attivato il Nucleo di Dimissione Ospedaliera Protetta per definire la pianificazione della dimissione, l'utente verrà valutato tramite colloquio sia dall'infermiera che dall'assistente sociale che dallo specialista fisiatra per valutare le rispettive aree assistenziale, sociale, e clinica.

Effettuata la valutazione multidimensionale dal team verrà poi definito il setting di assistenza post-dimissione idoneo per ogni singolo utente che potrà avvenire in regime di: Riabilitazione Estensiva, Cure Intermedie, Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), oppure Riabilitazione domiciliare.

Le persone più anziane o con un quadro clinico complesso potrebbero avere una diagnosi sfavorevole di recupero funzionale, in questo caso non effettueranno un trattamento riabilitativo ma si recheranno al proprio domicilio con la prescrizione, se necessaria, di presidi per prevenire le complicanze da immobilizzazione.

Rappresenta quindi tema fondamentale la presa in carico del paziente dal momento del suo ingresso in ospedale, al periodo post-operatorio, quindi definire il miglior setting di cura in previsione della dimissione, assicurare un collegamento con il territorio, contenere i tempi di degenza e garantire la continuità assistenziale.

CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 Anziano fragile

Oggi viviamo in una società dove il numero di anziani rispetto ai giovani è molto aumentato, il tasso dei decessi è in calo, l'aspettativa dell'allungamento della vita continua a crescere e tutto questo è possibile grazie ai processi della medicina, alla facilità di accesso alle cure, agli interventi preventivi, alla diffusione dell'istruzione e del benessere. Il sito internet dell'ISTAT riporta che dal 1 gennaio del 2019 gli over 65 anni in Italia, risultano 13,8 milioni di persone (pari al 22,8% della popolazione).

Con il termine fragilità si vuole indicare uno stato dinamico legato a perdite di ordine sia fisico, sia psichico che sociale, che comporta un aumentato rischio di disabilità e morte. È un fenomeno che si concentra per la maggior parte negli anziani, quindi persone dai 65 anni in su, con la frequente comparsa di scompensi fisici e/o comportamentali.

La fragilità viene definita "sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli". (L. Fried 2004).

Gli indicatori più comuni di fragilità nella persona anziana sono: età avanzata, dipendenza da altre persone per le attività di vita quotidiana, difficoltà a muoversi (quindi maggior probabilità di cadere e riportare fratture), istituzionalizzazione o ospedalizzazione, comorbilità e malattie croniche, malnutrizione, declino cognitivo, polifarmacoterapia, disidratazione.

Le conseguenze derivanti da questi fattori possono manifestarsi come: aumentata vulnerabilità per eventi avversi, disabilità transitoria, involuzione multisistemica, riduzione delle capacità adattive, presentazione atipica delle malattie, deficit in ADL e/o IADL, elevato rischio di deterioramento fisico e cognitivo.

Ovviamente più fattori riguardano una persona più aumenterà il grado di fragilità e vulnerabilità della persona stessa.

Alcuni ricercatori hanno identificato una vera e propria sindrome da fragilità che è caratterizzata dalla ricerca di almeno tre elementi su cinque qui di seguito riportati:

- perdita di peso: maggiore di 4,5kg nell'ultimo anno
- affaticamento: riferisce fatica su almeno 3 giorni alla settimana
- riduzione della forza muscolare (hand grip): < a 5,85 nell'uomo e 3,37kg nella donna
- ridotta attività fisica: valutabile con PASE
- riduzione della velocità del cammino: su percorso noto, > 7 secondi per percorrere 5 metri

1.2 Osteoporosi

L'osteoporosi è una malattia dello scheletro caratterizzata da una diminuzione della componente proteica e minerale dell'osso, con conseguente diminuzione della resistenza dello stesso e aumento di fragilità e predisposizione alle fratture.

E' una malattia multifattoriale, che ha come principale manifestazione clinica la frattura, infatti la persona, prima che si verifichi l'accaduto, non lamenta particolari sintomi.

Le sedi maggiormente colpite sono le vertebre dorsali, lombari e le epifisi delle ossa lunghe, in particolar modo il femore, ma anche omero e radio.

Delle 250.000 fratture da osteoporosi che si registrano in Italia ogni anno, 70.000 sono localizzate al femore (Menti Attive, 2017).

Studi epidemiologici condotti in Italia hanno evidenziato che “oltre il 40% delle donne oltre i 70 anni soffrono di osteoporosi, mentre gli uomini sono interessati per meno del 15%” (Denaro, Pietrogrande, Sponton & Barnaba, 2006).

Con l'avanzare dell'età lo scheletro va incontro a una lenta e progressiva perdita di massa ossea, sia gli uomini che le donne ne sono interessati, ma il sesso femminile risulta coinvolto in maniera maggiore; questo perchè con il sopraggiungere della menopausa il calo degli estrogeni agisce sull'assorbimento del calcio.

Diversi sono i fattori di rischio per le fratture da osteoporosi, oltre alla già citata menopausa si ricorda la carenza di vitamina D, basso peso corporeo, fumo di sigaretta, consumo di alcolici, assunzione di farmaci come cortisone e anticoagulanti, malattie

metaboliche ed endocrine come diabete di tipo I o II, anoressia, alterazioni nutrizionali come celiachia, malassorbimento intestinale, basso apporto di calcio, ma anche artrite reumatoide, tumori, mielomi, trapianti.

Per prevenire le fratture è quindi raccomandato integrare la dieta con cibi ricchi di calcio e vitamina D come formaggi, pesce, frutta secca, verdure a foglia larga, ma anche svolgere adeguata attività fisica per migliorare l'equilibrio, l'agilità e la postura senza sottoporre l'articolazione a movimenti usuranti e ripetuti.

1.3 Percorso frattura di femore anziano fragile

L'Azienda Ospedaliera Marche Nord attualmente dispone di un Percorso definito per la frattura di femore basato sulle evidenze scientifiche attualmente disponibili e contestualizzato nella realtà ospedaliera.

Il percorso ospedaliero prevede una serie di collegamenti con le Strutture territoriali al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente così come previsto dai PDTA.

I PDTA sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

Viene qui di seguito riportata la sequenza logica e cronologica degli eventi diagnostici e terapeutici che passano dal triage al post-operatorio.

Il paziente dopo la caduta a terra per cause accidentali o incidente stradale chiama la Centrale Operativa 118, verrà accompagnato in Pronto Soccorso con il mezzo di soccorso, sarà collocato in barella in posizione supina, in caso di frattura scomposta l'arto fratturato si presenterà accorciato e ruotato esternamente rispetto il controlaterale; l'utente, quasi sicuramente, lamenterà dolore intenso per praticare qualsiasi movimento della gamba.

Il personale infermieristico, una volta registrato in anagrafica paziente, provvederà a:

- Acquisire la documentazione personale dell'utente e verbale del Servizio 118,

- Assegnare il codice colore giallo,
- Effettuare l'anamnesi: chiede al paziente se assume una terapia, se è allergico a farmaci, se soffre di patologie pregresse
- Rilevare i parametri vitali e stato di coscienza: pressione arteriosa, temperatura, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, dolore, glicemia,
- Togliere gli indumenti agli arti inferiori
- Effettuare una valutazione testa-piedi per rilevare ulteriori lesioni, ferite
- Posizionare un accesso venoso, eseguire gli esami ematochimici compresa la determinazione del gruppo sanguigno per eventuali trasfusioni di emazie
- Effettuare l'elettrocardiogramma (ECG)
- Richiedere gli esami radiologici (rx bacino e anca)

Gli infermieri di triage utilizzano la procedura "Fast Track frattura di femore". Questo percorso permette all'infermiere di attivare specifici percorsi assistenziali, di presa in carico e di ridurre i tempi di attesa, infatti saranno da subito eseguiti e richiesti gli esami ematochimici, radiologici, ECG in attesa che il paziente venga visitato dal personale medico.

Lo staff medico dovrebbe valutare i pazienti con sospetta frattura di femore se possibile entro un ora, questo perchè questi utenti richiedono ospedalizzazione il prima possibile.

Il medico di Pronto Soccorso che provvederà a:

- Eseguire anamnesi ed esame obiettivo
- Prescrivere e far somministrare terapia antidolorifica (paracetamolo o oppioidi deboli) per prevenire l'insorgenza del delirium e permettere piccoli movimenti, effettuare profilassi antitrombotica, mantenere l'equilibrio idroelettrolitico
- Visionare gli esami eseguiti in triage e in radiologia

Una volta confermata la frattura di femore, il trattamento chirurgico dovrà avvenire entro le successive 24-48 ore al fine di ridurre al minimo la possibilità di complicazioni dovute a immobilizzazione e dolore, di favorire la consolidazione dell'osso e di permettere una completa riabilitazione funzionale. A questo punto l'utente verrà

trasferito nell'Unità Operativa di Ortopedia; invece pazienti che non vengono definiti idonei all'intervento, a causa gravi squilibri di ordine generale, verranno trasferiti in un reparto per poter trattare la patologia prevalente del momento.

Il paziente prima dell'intervento di riduzione e osteosintesi verrà sottoposto ad una visita multidisciplinare che si avvale della presenza delle seguenti figure:

- Chirurgo Ortopedico: ha l'incarico di scegliere quale intervento fare in base la tipologia della frattura
- Anestesista: valuta il rischio anestesilogico, pianifica la tecnica anestesilogica, gestisce il trattamento del dolore nel post-operatorio
- Cardiologo: se sono presenti problematiche cardiologiche preesistenti

La gestione post-operatoria deve iniziare dalla fase acuta e avrà come obiettivi quella di fornire assistenza medica, infermieristica, fisioterapica.

Per la gestione del delirium, frequente nei pazienti anziani, è importante il controllo costante della pressione arteriosa, della saturazione di ossigeno, del dolore e dell'anemia, è fondamentale mantenere l'adeguato apporto idroelettrolitico e nutrizionale, precoce mobilizzazione, trattamento di ulteriori possibili complicanze come infezione delle vie urinarie, polmonari e lesioni da pressione.

La mobilizzazione precoce è da iniziare il giorno dopo l'operazione tramite frequenti cambi di postura (decubito supino-decubito laterale del lato sano, seduto sul letto se le condizioni lo consentono), è fondamentale per prevenire le lesioni da pressione, la trombosi venosa profonda, migliorare la funzione respiratoria, prevenire le infezioni, la stipsi e l'aggravamento dell'ipotrofia.

Sempre in prima giornata post-operatoria il fisioterapista andrà ad educare il paziente mediante lo svolgimento di esercizi per la rieducazione respiratoria e per l'arto operato, la verticalizzazione avverrà in seconda giornata, mentre in terza giornata l'utente verrà invitato a riprendere a camminare con l'aiuto del deambulatore e il supporto del fisioterapista, queste tempistiche fanno capo alle migliori condizioni possibili.

Il giorno seguente l'intervento chirurgico verrà eseguita la valutazione multidimensionale per definire la pianificazione della dimissione e il miglior setting

riabilitativo, gli operatori coinvolti sono il Medico Fisiatra e il Nucleo Dimissioni Ospedaliere Protette.

Il fisiatra andrà a redigere la prima prognosi funzionale sulla base del grado di autonomia precedente, stato mentale, tipo di frattura, comorbilità, capacità di partecipazione a un programma riabilitativo mentre il team di NDOP andrà ad eseguire la valutazione assistenziale, sociale e familiare per valutare la condizione di salute, attraverso l'utilizzo di scale di misura, e i fattori ambientali/personali.

I pazienti che verranno valutati come suscettibili di miglioramento da parte dello specialista fisiatra verranno trasferiti in Strutture Riabilitative a carattere Intensivo o Estensivo, mentre i pazienti più fragili sotto il profilo assistenziale e/o sociale potranno essere trasferiti in Cure Intermedie o RSA, la dimissione al domicilio è invece indicata per i casi di un supporto assistenziale adeguato e di recupero funzionale sfavorevole.

1.4 La dimissione protetta

La dimissione protetta è uno strumento base per garantire la continuità assistenziale, tra un setting di cura e un altro, al paziente ricoverato.

Non viene applicato a tutti gli utenti che vengono dimessi dall'ospedale, ma viene attivato per i pazienti che necessitano di una stabilizzazione clinica e che richiedono un elevato impegno assistenziale.

La dimissione protetta si adotta sui pazienti definiti "fragili", quindi contraddistinti da aspetti di criticità clinica come età avanzata, patologie croniche, demenza, limitazioni funzionali, invalidità e aspetti di criticità sociale come difficoltà economica, solitudine, stato di abbandono.

Per i pazienti e i loro famigliari "la continuità assistenziale è il sentirsi presi in carico da un professionista che è a conoscenza del percorso ospedaliero, in grado di continuare il piano di cura e di seguirlo nel tempo" (Haggerty et al. 2003).

Gli utenti che vengono presi in carico dalle dimissioni protette solitamente sono pazienti che necessitano di percorsi riabilitativi per ictus, frattura di femore, patologie cardiovascolari; pazienti oncologici che necessitano di cure palliative, pazienti con

patologie croniche come diabete, insufficienza respiratoria cronica, sclerosi laterale amiotrofica, insufficienza renale cronica in trattamento con dialisi, pazienti con disturbi cognitivi come demenza senile, Alzheimer, pazienti con presidi come catetere vescicale, catetere venoso centrale, nutrizione enterale e parenterale (sondino naso gastrico, gastrostomia percutanea endoscopica), stomie (intestinali e urinarie), drenaggi, cannula tracheostomica, infine pazienti con medicazioni complesse come lesioni da decubito, lesioni cutanee di origine vascolare.

Nel caso di una normale dimissione, il medico di reparto una volta accertata o stabilizzata la risoluzione clinica che ha portato al ricovero, prepara la lettera di dimissione per il paziente e per il suo medico di medicina generale.

Nel caso invece di una dimissione protetta entrano in campo diversi professionisti, non solo il medico di reparto, ma anche infermieri, assistenti sociali, fisiatra, infermiere coordinatore, dirigenti medici.

Gli obiettivi della dimissione ospedaliera protetta sono:

- ottimizzare i tempi di ricovero
- contenere i ricoveri impropri e/o ripetuti
- creare collegamento e comunicazione tra ospedale e territorio e rendere le due realtà più flessibili e integrate
- definire il livello assistenziale più appropriato
- migliorare l'appropriatezza dell'assistenza post-dimissione
- elaborare un piano di dimissione personalizzato, tenuto conto sia dell'aspetto sanitario che di quello sociale
- promuovere la collaborazione tra figure professionali esistenti
- sviluppare cure alternative al ricovero che siano efficienti per l'economia dell'azienda
- ridurre i tempi e le procedure burocratiche per l'attivazione delle cure territoriali

La dimissione protetta si configura come quel processo che guarda la situazione nella sua interezza considerando i vari fattori personali dell'utente e mira al recupero psichico-fisico e al benessere della persona.

1.4.1 Nucleo Dimissioni Ospedaliere Protette all'interno dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (AOORMN)

Gli operatori che costituiscono il Nucleo Ospedaliero Dimissioni Protette (NODP) di Marche Nord sono:

- 1 Responsabile Medico del Percorso Dimissioni Ospedaliere Protette AOORMN
- Dirigenti Medici, 1 per il presidio di Pesaro e 1 per il presidio di Fano
- 1 Infermiere Coordinatore su tre Stabilimenti
- 2 Infermieri, 1 per il presidio di Pesaro/Muraglia, 1 per il presidio di Fano
- 2 Assistenti Sociali, 1 per il presidio di Pesaro, 1 per il presidio di Fano/Muraglia
- Fisiatra che viene attivato all'Unità Operativa solo in caso di bisogno riabilitativo

I criteri di attivazione del NODP si contraddistinguono in maniera differente per il reparto di Ortopedia, Chirurgia e tutte le altre Unità Operative.

Per quanto riguarda il reparto di Ortopedia il Nucleo viene attivato entro 24/48 ore dal ricovero in caso di persona con frattura di femore superiore a 65 anni.

1.4.2 L'infermiera di degenza

L'infermiere del reparto di degenza ha il compito di compilare la scheda BRASS Index entro le 48/72 ore dal ricovero del paziente. I criteri che concorrono a compilarla sono:

- età superiore a 65 anni
- pazienti oncologici in malattia neoplastica avanzata
- pazienti in cure palliative anche non oncologici

Una volta redatta la scheda comunica al medico di reparto se il punteggio è maggiore a 11 e collabora con lo stesso alla compilazione del modulo per l'attivazione del NODP.

1.4.3. Il medico dell'Unità Operativa

Il medico dell'Unità Operativa valuta la persona che è stata segnalata dall'infermiere con punteggio della Scala di BRASS maggiore a 11 e ricerca, quando necessario e presenti, ulteriori criteri per l'attivazione del NODP; collabora con l'infermiere per compilare il modulo di attivazione del NODP. Informa il paziente/familiari sul processo di avvenuta attivazione e fa firmare la documentazione.

Compila il modulo di valutazione multidisciplinare che definisce la destinazione del paziente dopo la dimissione ospedaliera (Residenzialità o domicilio con attivazione ADI).

Inserisce la domanda del paziente attraverso l'applicativo Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) con l'aiuto, se necessario, dell'infermiera delle dimissioni ospedaliere; saranno da includere le scale CIRS e NEWS, il quadro medico e generale.

Prescrive i presidi sanitari non personalizzati per il domicilio come deambulatore, materasso anti decubito, sponde per il letto, carrozzina, sollevatore ecc...

1.4.4 Il medico del NDOP

Per quanto riguarda le Unità Operative di Ortopedia la compilazione del modulo di valutazione multidisciplinare, l'inserimento dell'applicativo in SIRTE e la prescrizione dei presidi saranno di competenza del medico del NODP e non del medico di reparto.

In aggiunta il medico del NDOP si rende disponibile per effettuare qualsiasi chiarimento/richiesta da parte dell'UO di appartenenza del paziente; se necessario effettua colloqui con i parenti, prende parte ai briefing con i vari componenti del NDOP e partecipa alle riunioni con l'Unità Valutativa Integrata (UVI) del Territorio.

1.4.5 Il coordinatore Infermieristico del NDOP

Le principali attività svolte dal coordinatore del NDOP sono: coordinare e partecipare ai briefing con i componenti del NDOP, coordinare i rapporti tra Ospedale, Punto di Unico Accesso (PUA) e UVI del Territorio, partecipare (se necessario) alle riunioni con l'UVI, collaborare con gli infermieri e gli assistenti sociali nella gestione e inserimento di materiale in SIRTE, gestire le non conformità, registrare i casi gestiti e rilevare gli indicatori per i report di attività.

1.4.6 L'infermiere del NDOP

Le principali attività svolte dall'infermiera del NDOP sono: effettuare i colloqui con gli utenti/parenti per la valutazione assistenziale, effettuare la valutazione infermieristica e compilare la Scheda di BRASS per la valutazione intermedia (per i reparti chirurgici va eseguita nella giornata post-operatori) compilare il modulo di valutazione multidisciplinare che definisce la destinazione del paziente dopo la dimissione, compilare sul portale SIRTE il quadro generale infermieristico e le scale di valutazione, inviare al PUA la valutazione infermieristica e il referto del medico fisiatra per la Struttura Riabilitativa all'UVI del Territorio, controllare ogni giorno i ritorni dal PUA con le varie assegnazioni e comunicare all'U.O. la destinazione del paziente e i giorni di attesa per il posto letto libero, compilare i fogli per i presidi sanitari a domicilio che sono stati prescritti dal medico, informare i parenti sulla modalità di acquisizione dei presidi, partecipare ai briefing con i componenti del NDOP.

1.4.7 L'assistente sociale del NDOP

Le principali attività svolte dall'assistente sociale del NDOP sono: effettuare la valutazione sociale e compilare la scheda, svolgere il colloquio con il paziente/parenti, compilare il modulo di valutazione multidisciplinare, inserire la relazione sociale nel

portale SIRTE, partecipare ai briefing con i componenti del NDOP, partecipare (se opportuno) agli incontri con l'UVI del Territorio.

1.4.8 Il medico fisiatra del NDOP

Il fisiatra è il professionista deputato alla guida del percorso terapeutico-riabilitativo.

Le principali attività svolta dallo specialista fisiatra sono: effettuare la valutazione funzionale e compilare la scheda, svolgere il colloquio con il paziente/famiglia, inserire la relazione nel portale Cruscotto Riabilitativo territoriale dell'ASUR - Area Vasta 1.

Tramite il Cruscotto Riabilitativo viene censita, una o due volte la settimana, l'offerta dei posti letto delle Strutture Riabilitative Extraospedaliere che fanno parte del Distretto dell'Area Vasta 1.

Il fisiatra stabilisce l'idoneità per il ricovero presso una Struttura Riabilitativa tenendo conto della prognosi funzionale, del grado di stabilità clinica, di patologie presenti, del grado di autonomia o invalidità precedente all'evento, della capacità di partecipazione/collaborazione e tolleranza al trattamento riabilitativo e delle indicazioni date dall'Ortopedico sulla possibilità di caricare sull'arto operato.

1.5 La valutazione Multidimensionale

“La valutazione multidimensionale (VMD) rappresenta un esempio concreto di approccio globale all'assistito complesso, attuato da equipe socio-sanitarie multispecialistiche che, attraverso una costante ricerca dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa, individuano le risposte assistenziali più idonee e personalizzate per ogni persona assistita” (Nebuloni, 2012).

Attraverso la VDM della persona anziana si vanno a identificare e descrivere i problemi di varia natura di una persona non autosufficiente ma anche definire le risorse, i bisogni, i punti di forza e le sue potenzialità.

La VMD attua un approccio olistico sulla persona, infatti, prende in considerazione lo stato di salute, la capacità mentale, la capacità di autonomia, la situazione economica, familiare, abitativa per definire un piano di cure basato sulle peculiarità della persona.

La VMD è un processo multidisciplinare, dove le figure professionali che fanno parte dell'equipe come medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, educatore professionale, si avvalgono di strumenti di rilevazione come scale e strumenti validati, per definire un piano di intervento di assistenza socio-sanitaria mirato sul singolo individuo, che sia dinamico e personalizzato.

La VDM rappresenta lo strumento adeguato per realizzare la dimissione protetta dell'anziano fragile, è l'organismo che garantisce l'integrazione della rete dei servizi sanitari, assistenziali e sociali a livello territoriale.

Al medico compete la valutazione clinica della persona, effettuare le diagnosi di disabilità fisica e psichica, valutare la terapia assunta e il quantitativo di farmaci, redigere un piano terapeutico adeguato, prescrivere ausili quando necessario.

All'infermiere compete la valutazione assistenziale, individuare gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, valutare, pianificare, gestire e attuare gli interventi in risposta ai bisogni rilevati. L'infermiere andrà a valutare le aree di mobilità, cura e prevenzione di complicanze dovute a ipomobilità, autonomia e indipendenza, igiene e cura di sé, alimentazione, eliminazione, sonno e riposo, interventi educativi per la somministrazione di terapie e prestazioni sanitarie.

All'assistente sociale compete la valutazione sociale, andrà a valutare la condizione abitativa, lavorativa, economica, familiare, e quella sociale.

Al fisioterapista, figura non sempre presente, compete la valutazione della mobilità e il grado di autonomia, il ripristino delle funzioni fisiche interrotte, la valutazione del rischio di insorgenza di complicanze dovute all'immobilizzazione.

Con il Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 della Regione Marche si vengono a delineare:

- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Unità di Valutazione Integrata (UVI)
- Piano di Assistenza Individualizzata (PAI)

Lo scopo è quello di profilare una serie di obiettivi quali:

- limitare la frammentazione e la dispersione sul territorio unificando i punti di accesso per gli interventi sanitari, sociali e socio-sanitari,
- offrire un'assistenza più personalizzata possibile attraverso unità valutative unitarie, multidisciplinari, accessibili,
- effettuare una presa in carico del paziente e contribuire alla continuità dell'assistenza, migliorare l'accesso ai servizi e attuare una personalizzazione del progetto.

1.5.1 Punto Unico di Accesso (PUA)

Il PUA rappresenta la porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alla prestazioni sociali, qui vengono definiti i bisogni della persona per attivare il processo di presa in carico; di fatto il PUA dà avvio alla presa in carico della persona all'interno della rete dei servizi per garantire la tutela dei suoi bisogni sia semplici che complessi.

Le funzioni svolte dal PUA sono numerose: raccolta e decodifica di richieste, accesso integrato, accoglienza, orientamento, gestione della domanda, attivazione diretta di risposte a bisogni semplici, avvio della presa in carico dei bisogni complessi attraverso l'attivazione dell'UVI.

La richiesta al PUA può essere fatta dal semplice cittadino o suoi familiari, Medici di Medicina Generale, Dimissioni Protette, Medico Ospedaliero, Servizi Sociali ecc...

1.5.2 Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'UVI è composta da un'equipe multidisciplinare che sviluppa la Valutazione Multidimensionale (VDM) con lo scopo di individuare i bisogni dell'utente attraverso strumenti e scale validate utili ad avviare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

I destinatari dell'intervento sono persone in stato di fragilità che necessitano di risposte in presenza di bisogni complessi come cure domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali sociosanitari, strutture distrettuali.

Le funzioni svolte dall'UVI dopo la puntuale valutazione clinica e sociale della persona sono: valutare le necessità assistenziali, riabilitative, sociali e sanitarie dell'utente,

individuare la persona referente per la presa in carico “case manager”, individuare la persona di riferimento per il processo di assistenza “caregiver”, definire il percorso assistenziale sulla base delle valutazioni effettuate, indicare i bisogni principali con lo scopo di redigere il PAI, monitorare l’evoluzione dell’intervento e pianificare variazioni quando e se necessari.

Il nucleo fisso che compone l’UVI consta di responsabile UVI che rappresenta il Dirigente sanitario, medico curante dell’assistito, assistente sociale, infermiere, quando necessario, in base al caso clinico, sono presenti ulteriori professionisti come medici specialisti, geriatri, medici ospedalieri (in caso di dimissione protetta), assistente sociali, fisioterapisti, psicologi ecc...

Per quanto riguarda l’attivazione dell’UVI in caso di Dimissione Ospedaliera Protetta sarà operativa per i pazienti che hanno una necessità di continuità assistenziale al domicilio o in residenza.

I processi connessi alle DOP sono molteplici: accesso alle Cure Domiciliari (Cure Prestazionali, Assistenza Domiciliare Integrata), alla residenzialità (RSA), alla Riabilitazione Intensiva e/o Estensiva, alla presa in carico da parte di servizi/strutture, ai Servizi Sociali, al supporto nutrizionale ec...

La comunicazione avviene in questo modo:

1. Il medico di reparto individua la persona, compila la scheda di segnalazione e la invia al Coordinatore delle DOP
2. Il Coordinatore delle DOP comunica al PUA e al Medico di Medicina Generale la dimissione protetta del paziente
3. Il Coordinatore delle DOP attiva l’UVI

1.5.3 Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il PAI rappresenta un documento di sintesi che partendo dalla valutazione dei bisogni della persona, ne attua e formula un progetto di cura e assistenza con il fine di individuare gli obiettivi misurabili e quantificabili per favorire la migliore condizione di salute per la persona. Il PAI si compone delle seguenti fasi:

1. osservazione e raccolta dati
2. valutazione e identificazione dei bisogni
3. determinazione degli obiettivi
4. Definizione e attivazione degli interventi
5. Verifica dei risultati

All'interno del PAI vengono individuati il "case manager" ed il "caregiver".

Il "case manager" rappresenta il referente del piano, è una figura essenziale, cura la regia della presa in carico, può essere un infermiere o un assistente sociale formato.

Il "caregiver" rappresenta un membro della famiglia dell'utente o un conoscente, è colui che si prende cura della persona, la sua figura è essenziale, diventa punto di collegamento tra l'utente e il sistema dei servizi.

1.6 Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) Regione Marche

Il Sistema è nato con l'obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti sanitari, garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli organizzativi e migliorare l'integrazione tra Ospedale e Territorio.

Il Sistema permette di gestire i processi interni al percorso assistenziale, dopo l'accesso attraverso il PUA, dove vengono identificati i bisogni, si avvia la fase di valutazione dell'utente (VDM) per individuare e definire il miglior PAI con la successiva erogazione dell'assistenza con periodiche rivalutazioni fino al termine.

Il Sistema viene utilizzato per l'attivazione di molteplici moduli informatizzati come PUA, dimissioni protette, cure domiciliari e prestazioni, Cartelle Cliniche per Strutture Residenziali (Residenze protette, RSA, Hospice, Cure Intermedie, Ospedali di Comunità, Strutture Riabilitative), trasporti programmati, protesica maggiore, consultorio, Cartelle Cliniche ambulatoriali, gestione dei posti letto nelle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie, percorsi condivisi con MMG/PLS tramite il portale e gli strumenti del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Una volta attivato il NDOP, identificato e giudicato idoneo il soggetto a rischio, il nucleo collegialmente decide se il setting alla dimissione sarà residenziale o domiciliare e inserisce in SIRTE i dati clinici, assistenziali e sociali.

A questo punto l'UVI prende in carico il paziente, esegue la VDM e redige il PAI come da indicazione ospedaliera.

In seguito l'UVI comunicherà al NDOP l'esito e la data di trasferimento dell'assistito e il nucleo comunicherà all'Unità Operativa il luogo e la data di trasferimento.

1.7 Scale Multidimensionali utilizzate dal NDOP dell'AOORMN

All'interno del NDOP vengono utilizzate diverse tipologie di scale di valutazione sia a livello infermieristico che medico.

Il personale infermieristico utilizza la scala di Katz sulle ADL e la scala IADL per valutare il grado di autonomia e la capacità di gestire le attività strumentali di vita quotidiana e la scala di BRASS per valutare l'identificazione precoce del rischio di una dimissione difficile. Il personale medico utilizza le scale CIRS e NEWS.

1.7.1 Scala Activities of Daily Living (ADL)

La scala di Katz sulle ADL viene utilizzata per stimare la capacità di indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, viene ideata nel 1963 da Katz e coll. Vengono valutate 6 funzioni:

- igiene personale-bagno
- vestirsi
- uso della toilette
- mobilità
- continenza sfinterica
- alimentazione

I punteggi per ogni voce possono essere 0 (autonomo) oppure 1 (dipendente).

Il totale con valore pari a 6 punti corrisponde alla totale dipendenza, mentre valore 0 corrisponde alla totale autosufficienza, i punteggi intermedi corrispondono ai diversi gradi di disabilità. (vedi Allegato 1).

1.7.2 Scala Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

La scala di valutazione dell'indice di IADL viene utilizzata per stimare la capacità di autonomia di attività strumentali di vita quotidiana. Questa scala viene ideata nel 1969 dagli autori Lawton e Brody. Vengono valutati 8 funzioni:

- capacità di usare il telefono
- fare acquisti
- usare mezzi di trasporto
- responsabilità nell'uso di medicinali
- capacità di maneggiare il denaro
- preparare il cibo
- governare la casa
- biancheria

I punteggi per ogni voce possono essere 0 (dipendente), 1 (autonomo), oppure NA (non applicabile) se la persona non ha mai svolto quella attività in autonomia nella sua vita.

Per gli uomini il valore pari a 5 punti corrisponde alla totale autonomia, mentre valore 0 corrisponde alla completa dipendenza; per le donne l'indice d'indipendenza corrisponde a 8, questo perché alcune delle attività elencate vengono svolte principalmente dal sesso femminile all'interno dell'abitazione.

Se non si fanno distinzioni di sesso, il soggetto viene considerato autonomo se totalizza un punteggio pari a 6. (vedi Allegato 2).

1.7.3 Scala Blaylock Risk Assessment Screening and Score (BRASS)

La Scala di valutazione dell'indice di BRASS è uno strumento che permette di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile, è stata ideata nel 1992 dalle autrici Blaylock e Cason, fu sviluppata come parte del sistema di pianificazione della dimissione in pazienti con età superiore a 65 anni.

La scala viene compilata dal personale infermieristico, intervistando l'assistito oppure i suoi famigliari/caregiver, la compilazione è semplice e richiede pochi minuti.

Le sfere personali che vengono indagate sono: età, condizione di vita e supporto sociale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali, numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso, numero di problemi clinici attivi, numero di farmaci assunti.

La scala permette di identificare tre possibili classi di rischio:

- Rischio basso (0-10): la disabilità è molto limitata, infatti non richiedono particolare impegno per stendere un piano di dimissione.
- Rischio medio (11-19): richiedono una pianificazione della dimissione, sono presenti problemi correlati a situazioni cliniche complesse, probabilmente non è necessaria l'istituzionalizzazione.
- Rischio alto (> a 20): sono presenti problemi rilevanti che richiedono una continuità delle cure dopo la dimissione in strutture riabilitative o istituzioni.

(vedi Allegato 3).

1.7.4 Scala Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

La scala di CIRS è uno strumento che serve per misurare lo stato di salute somatica dell'anziano, viene ideato nel 1995 dagli autori Parmalee et al. Lo strumento valuta 14 categorie di patologie: cardiache, ipertensive, vascolari, respiratorie, di occhio-orecchio-naso-gola-laringe, dell'apparato gastrointestinale superiore e inferiore, epatiche, renali, genito-urinarie, del sistema muscolo-scheletro-cute, del sistema nervoso, endocrino-metaboliche, psichiatriche-comportamentali. Ogni categoria ha un punteggio che spazia

da 1 (patologia assente), 2 (lieve), 3 (moderata), 4 (grave) a 5 (molto grave), il punteggio cumulativo totale può spaziare da 0 a 56.

Con la valutazione si ottiene un indice di severità, ottenuto facendo la media dei punteggi dei primi 13 item, e un indice di comorbilità, ottenuto dalla conta del numero di item compreso tra 3 e 5.

1.7.5 Scala National Early Warning Score (NEWS)

La Scala NEWS è uno strumento che prevede la raccolta di parametri fisici, si basa sulla misurazione di 7 parametri complessivi, 6 fisiologici che sono frequenza respiratoria, saturazione d'ossigeno, temperatura corporea, pressione sistolica, frequenza cardiaca, stato di coscienza; più eventuale ossigeno terapia.

Ciascun parametro è graduato in livelli numerici, la somma di determinati valori indica la misura di scostamento dai normali livelli fisiologici.

Il punteggio fornisce tre livelli di allerta clinica:

- basso: punteggio da 1 a 4
- medio: punteggio da 5 a 6
- alto: punteggio maggiore o uguale a 7

1.8 Strutture per le residenzialità Sanitarie e Riabilitative

Il setting alla dimissione può essere variabile, determinato dalle condizioni del paziente, dopo aver valutato la sfera funzionale, sociale, assistenziale e clinica.

Come già affermato in precedenza, se l'utente viene definito dal Medico Fisiatra suscettibile di miglioramento funzionale verrà trasferito presso una Struttura Riabilitativa che può essere di tipo Intensivo oppure Estensivo.

Le Strutture di Riabilitazione disponibili nella provincia di Pesaro e Urbino possono essere di tipo Extraospedaliero oppure Ospedaliero:

- Extraospedaliero: Galantara di Pesaro, Santo Stefano (Villa Fastiggi, Pesaro), Santo Stefano (Macerata Feltria), Fossombrone.

- Ospedaliere: Ospedale di Cagli, Ospedale di Pergola.

Se invece l'utente non viene definito suscettibile di miglioramento funzionale perché presenta problematiche di tipo sociale, assistenziale o cliniche verrà definito dal NDOP il passaggio del paziente presso una Struttura Sanitaria, RSA se prevale l'aspetto sociale e assistenziale oppure in Cure Intermedie se prevale l'indicazione clinica.

Le RSA disponibili nella provincia di Pesaro e Urbino (divise per Distretto) sono:

- Pesaro: Galantara, Bricciotti (Mombaroccio), Villa Fastiggi (prossima apertura)
- Fano: Mondavio, Mondolfo, Casa Argento (Fossombrone)
- Urbino: Macerata Feltria, Urbania, Montefeltro, Sant'Angelo in Vado.

La fisioterapia a domicilio viene definita come soluzione ideale per le persone scarsamente collaboranti e/o con ridotto grado di autonomia, è una soluzione ottimale anche perché la persona ritorna al proprio domicilio, in questo modo mantiene il contatto con la famiglia e con le sue abitudini di vita.

1.8.1 Struttura Riabilitativa Intensiva

Queste strutture sono dirette al recupero di disabilità importanti che richiedono un elevato impegno assistenziale, sono adatte per i pazienti che mostrano di avere margini di miglioramento. L'intervento riabilitativo è pari ad almeno 3 ore al giorno, il servizio è erogato da medici specialisti in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. In aggiunta sono presenti anche l'assistente sociale e lo psicologo che possono entrare a far parte dell'intervento.

In queste strutture gli interventi sono destinati a un maggiore impegno terapeutico.

Gli interventi effettuati in queste strutture hanno come obiettivo la stabilizzazione clinica con il ripristino delle condizioni di autonomia e/o gestione in ambito extraospedaliero. I tempi di degenza variano dalle 3 alle 4 settimane.

1.8.2 Struttura Riabilitativa Estensiva

Queste strutture sono idonee per interventi sanitari di riabilitazione in pazienti non autosufficienti ma che hanno potenzialità di recupero funzionale.

L'intervento riabilitativo è pari ad almeno 1 ora al giorno e il servizio viene erogato da medici specialisti in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico, anche qua ci sono di supporto, quando necessario, sia l'assistente sociale che lo psicologo. In queste strutture gli interventi a maggior ridotto impegno terapeutico a fronte di un maggior impegno assistenziale.

Anche in questo caso gli interventi effettuati hanno come obiettivo l'ulteriore stabilizzazione clinica con il ripristino delle condizioni di autonomia e/o gestione in ambito extraospedaliero. I tempi di degenza non sono oltre i 2 mesi.

1.8.3 Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Le RSA sono strutture che accolgono anziani non autosufficienti, che non sono più in grado di stare al proprio domicilio da soli poiché le condizioni di salute non lo permettono. Solitamente le persone che vengono trasferite in RSA dopo un intervento per frattura di femore hanno problemi a carattere sociale e assistenziale, a volte sono proprio i famigliari del paziente a richiedere un periodo di permanenza in queste strutture perché per motivi di lavoro o personali non riuscirebbero a gestire in maniera autonoma l'anziano al domicilio.

Le RSA offrono continuità di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, ma ci sono anche educatori professionali, e volontari che fanno animazione e tengono attivi gli ospiti durante tutta la giornata.

Il tempo di permanenza all'interno delle RSA può essere temporaneo oppure definitivo.

1.8.4 Cure Intermedie

Le Cure Intermedie rappresentano una struttura sanitaria dove vengono garantiti servizi integrati, sanitari, sociali e residenziali finalizzati a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera, favorire il recupero funzionale, l'autonomia del paziente, ma anche gestire nella maniera più appropriata le degenze ospedaliere.

Sono strutture idonee per quei pazienti che hanno terminato la fase acuta e/o la fase di riabilitazione intensiva ma che necessitano ancora di supporto sanitario e assistenziale.

L'ingresso a queste strutture è regolato attraverso l'UVI, tramite l'attivazione del NDOP, con la successiva redazione del PAI.

Le Cure Intermedie si differenziano dall'UCPA per una minore presenza di medici, e dalle RSA per una maggiore presenza di personale infermieristico e socio sanitario.

Il tempo di degenza media è di circa 15-20 giorni.

CAPITOLO 2 : STUDIO OSSERVAZIONALE

2.1 Obiettivo dello studio

Lo studio si propone di analizzare i dati relativi ai pazienti ultra sessantacinquenni che si sono ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord per frattura di femore nel periodo 1 gennaio 2019 - 30 giugno 2020 e che hanno avuto una dimissione protetta.

Sono stati indagati i fattori in grado di influenzare gli esiti a breve e a lungo termine sulla qualità di vita del paziente al fine di rilevare problematiche assistenziali ove agire con interventi organizzativi, e/o formativi ad hoc.

- numero di giorni intercorsi tra ricovero ed intervento chirurgica
- setting di dimissione prevalenti
- incidenza di catetere vescicale alla dimissione
- incidenza delle lesioni da pressione insorte durante la degenza
- degenza media

2.2 Materiali e Metodi

2.2.1 Disegno dello studio

Per rispondere agli obiettivi di ricerca è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo trasversale, i dati sono stati raccolti attraverso il Programma Informativo SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio), il Registro cartaceo del servizio Dimissioni Protette e la Scheda di Dimissione Protetta.

Tutti i dati sono stati inseriti nel programma di calcolo Excel, le persone sono state catalogate in ordine cronologico in base all'accesso al Presidio ospedaliero.

La raccolta dati è avvenuta nel periodo 1° luglio - 10 di agosto 2020 presso l'ufficio delle Dimissioni Ospedaliere Protette di Pesaro.

2.2.2 Campionamento

I dati si riferiscono ad un campione di 694 pazienti ultra sessantacinquenni ricoverati presso l'Unità Operativa di Ortopedia per frattura di femore e presi in carico dal Nucleo Dimissioni Protette nel periodo 1 gennaio 2019 -30 giugno 2020. Di questi, 32 sono deceduti durante la degenza per cause concomitanti, pertanto le dimissioni con attivazione del NDOP sono state in totale 662 ed esattamente 478 pazienti per l' anno 2019, 184 per i primi sei mesi del 2020.

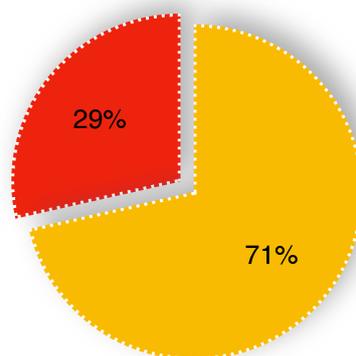
2.3 Risultati

I pazienti dimessi dal NDOP sono stati per il 71% (473) donne, per il 29% (189) uomini. (vedi Grafico 1).

L'età media dei pazienti risulta pari a 85,6 anni, con un range tra 65 e 107 anni, deviazione standard $\pm 21,4$.

● Donne ● Uomini

Grafico 1 - Genere



Sono state suddivise tre fasce d'età con lo scopo di evidenziare quella maggiormente interessata: da 65 a 75 anni 13%, da 76 a 85 anni 34%, oltre gli 85 anni 54%. (vedi Tabella 1).

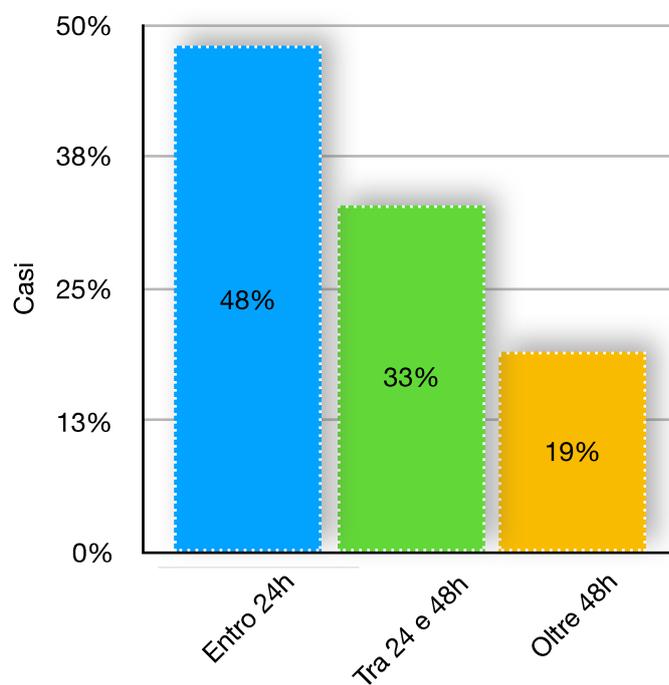
Tabella 1 - Classe d'età

65-75 anni	13%
76-85 anni	34%
+ 85 anni	54%

La media di giorni intercorsi tra ricovero ed intervento chirurgico è pari a 1,4 giorni: risultano operati entro 24 ore dall'accesso in ospedale il 48% dei pazienti, tra 24 e 48 ore il 33%, oltre le 48 ore il 19%. (vedi Grafico 2).

Entro 24h Tra 24 e 48h Oltre 48h

Grafico 2 - Giorni intercorsi tra ricovero e operazione



Alla dimissione dall'U.O. di Ortopedia, su 662 pazienti totali si è prevista una fase riabilitativa per il 69% dei pazienti (458), mentre per il restante 31% (204) i setting di dimissione sono stati definiti in base alle condizioni cliniche prevalenti.

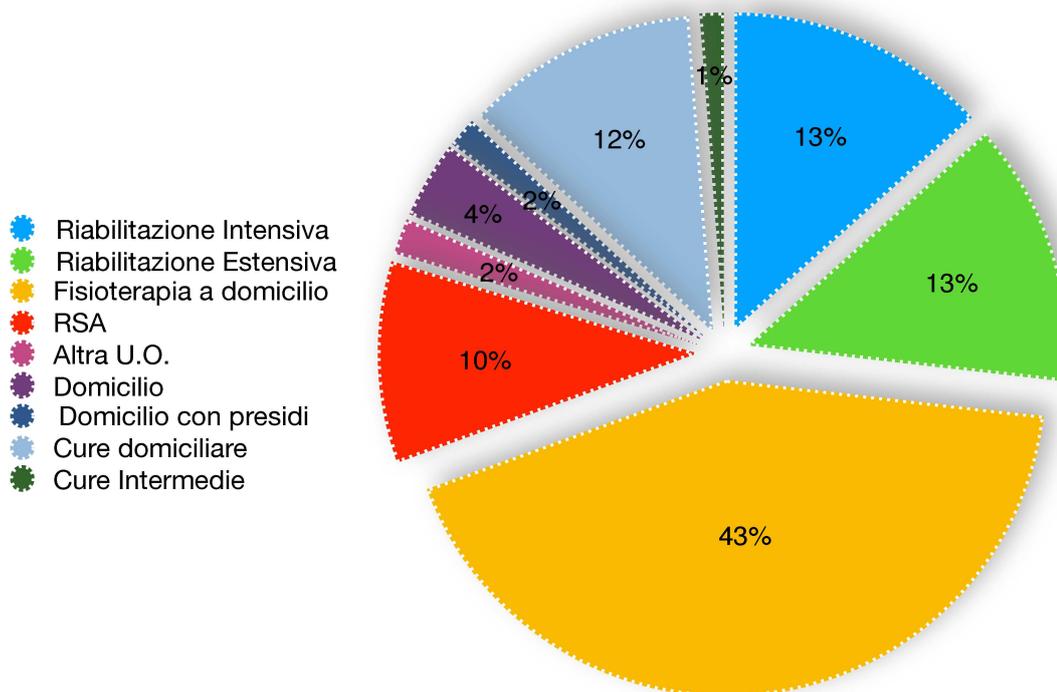
Di seguito sono riportate le destinazioni di ciascun paziente, nel riquadro rosso sono evidenziati i 458 pazienti destinati alla riabilitazione. (vedi Tabella 2).

Tabella 2- Setting di destinazione

Destinazione	Numero di persone
<i>Riabilitazione Intensiva</i>	88
<i>Riabilitazione Estensiva</i>	89
<i>Domicilio con fisioterapia</i>	281
<i>Struttura Residenziale Assistenziale (RSA)</i>	68
<i>Altra Unità Operativa</i>	12
<i>Domicilio senza prestazione</i>	26
<i>Domicilio solo con presidi</i>	10
<i>Domicilio solo con servizio cure domiciliari</i>	78
<i>Cure Intermedie</i>	8
<i>Istituto privato</i>	1
<i>Hospice</i>	1
Totale	662

Nel grafico sottostante sono riportati i setting di destinazione di ciascun utente, ne emerge che il 43% è stato inviato a domicilio con l'attivazione dei fisioterapisti del territorio, il 13% è stato dimesso verso una Struttura di Riabilitazione Intensiva, il 13% verso una Struttura di Riabilitazione Estensiva, il 12% è andato al domicilio con attivazione dell'ADI, il 10% in RSA, il 4% a domicilio senza necessità di attivazione di alcun servizio, il 2% è stato trasferito in altre Unità Operative Ospedaliere per ulteriori problematiche cliniche, l'1% è stato trasferito in Cure Intermedie, il 2% è andato al domicilio con la prescrizione di presidi, e il restante 1% è stato trasferito in Hospice o in Istituto privato. (vedi Grafico 3).

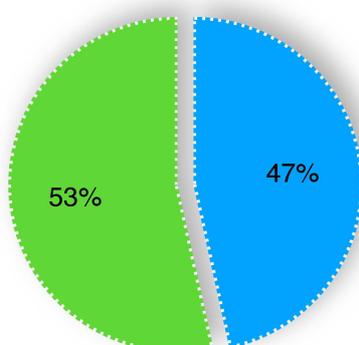
Grafico 3 - Setting di destinazione



Per i pazienti trasferiti in RSA o dimessi presso il proprio domicilio con attivazione dell'ADI, è stata valutata l'incidenza di presenza di catetere vescicale e Lesioni Da Pressione (LDP) alla dimissione. Il totale dei pazienti dimessi con i criteri sopra descritti è stato di 146, ovvero il 47% in RSA (68), il 53% a domicilio con attivazione dell'ADI (78). (vedi Grafico 4).

● RSA ● Domicilio

Grafico 4 - % RSA e Domicilio



Alla dimissione, l'80% di questi pazienti (117) avevano in sede il catetere vescicale di cui 91 donne e 26 uomini. Il numero delle LDP alla dimissione è pari a 33% (49) di cui 40 donne e 9 uomini. Di questi, il 23% (33) presentava alla dimissione sia catetere vescicale che LDP, 27 donne e 6 uomini. Il 9% (13) non presentava né catetere vescicale né LDP. (vedi Tabella 3).

Tabella 3 - Cv e LDP

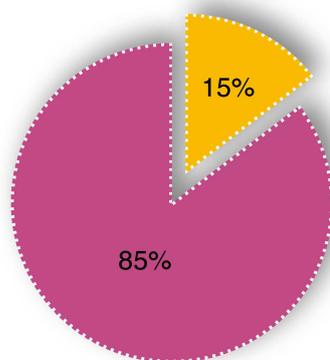
<i>Presenza di solo CV alla dimissione</i>	<i>84</i>	<i>57%</i>
<i>Presenza di solo LDP alla dimissione</i>	<i>16</i>	<i>11%</i>
<i>Presenza sia di CV che LDP alla dimissione</i>	<i>33</i>	<i>23%</i>
<i>Assenza di CV e LDP alla dimissione</i>	<i>13</i>	<i>9%</i>
<i>Totale</i>	<i>146</i>	<i>100%</i>

Sono state individuate le LDP presenti all'ingresso (7) e quelle insorte durante la degenza ospedaliera (41). (vedi Grafico 5).

La sede maggiormente interessata è la zona sacrale, mentre la gravità più rappresentata è di grado II.

✿ LDP all'ingresso
 ✿ LDP all'uscita

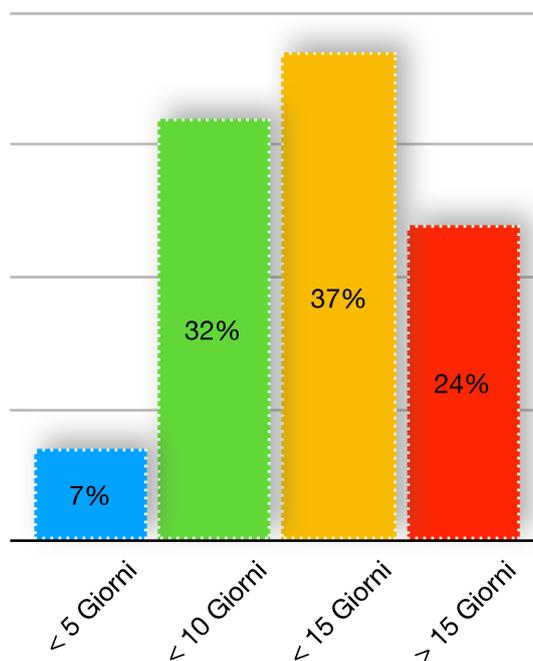
Grafico 5 - LDP



La degenza media nel periodo 1 gennaio 2019- 30 giugno 2020 è risultata inferiore a 5 giorni nel 7% dei casi, tra 5 e 10 giorni nel 32% dei casi, tra 10 e 15 giorni nel 37%, superiore a 15 giorni nel 24% dei casi. (vedi Grafico 6).

■ < 5 Giorni ■ < 10 Giorni ■ < 15 Giorni ■ > 15 Giorni

Grafico 6 - Giorni di degenza

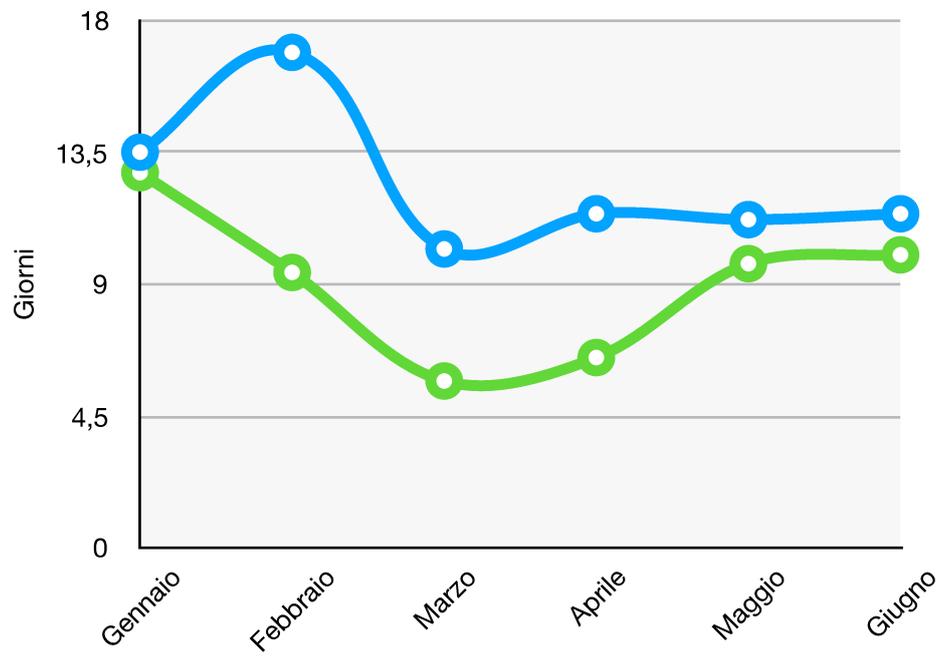


A seguito della pandemia Covid-19 verificatasi, l'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dal Presidio San Salvatore di Pesaro (Covid Hospital) è stata trasferita per i mesi di marzo ed aprile 2020 presso il Presidio Santa Croce di Fano (Hospital Covid Free) con un numero di posti letto che è passata dagli originari 22 a 16 e fino ad arrivare ad 8 nel periodo di massima pressione dell'Emergenza Pandemica.

In seguito a questa rimodulazione organizzativa si sono andati a valutare la degenza media per il primo semestre 2019 e primo semestre 2020. Nel primo semestre 2019 la degenza media è stata di 12,4 giorni, mentre nel primo semestre 2020 la degenza media è stata pari a 9 giorni con una diminuzione percentuale pari a 27,6%.

Nel grafico viene riportato l'andamento mensile della degenza media del primo semestre 2019 e 2020. (vedi Grafico 7).

2019 2020
Grafico 7 - Degenza media primi sei mesi



CAPITOLO 3: DISCUSSIONE

3.1 Discussione

Dallo studio è emerso che le donne sono maggiormente interessate dalla frattura di femore rispetto gli uomini (71% vs 29%), ciò è dovuto ad una maggiore fragilità ossea data dall'osteoporosi a causa della perdita di estrogeni.

L'età media dei pazienti del nostro studio è pari a 85,6 anni e tale dato è in linea con i dati divulgati dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le Linee Guida emanate dal Ministero della Salute stabiliscono che l'intervento per frattura di femore deve avvenire entro 48 ore dal ricovero, i risultati riportati confermano che l'81% avviene entro tale termine, la mancata adesione alle Linee Guida nella restante percentuale è dovuta a problemi coagulativi o patologie correlate che necessitavano di approfondimenti diagnostici pre-intervento.

Il 43%, delle persone operate viene indirizzato dal NDPO presso il proprio domicilio con attivazione del servizio di Medicina Riabilitativa del Territorio.

Tale setting è comprensibile vista l'elevata età che fa pensare ad una scarsa collaborazione per eseguire una riabilitazione più intensiva e ad un quadro di bassa autonomia già precedente all'evento traumatico.

Solo il 13% è stato trasferito presso una Struttura di Riabilitazione Intensiva ed un altrettanto 13% in una Struttura di Riabilitazione Estensiva: la tipologia di utenti inviati in queste strutture necessita di un certo grado di collaborazione ed autonomia e soprattutto di una buona tolleranza allo sforzo fisico.

Il 10% è stato trasferito presso una RSA a causa della presenza di problematiche di tipo socio-assistenziali, mentre il 12% è stato dimesso al domicilio con attivazione del servizio di cure domiciliari a causa della presenza di problematiche di tipo assistenziale (lesioni da pressione, presenza di catetere vescicale, etc).

Per quanto riguarda l'incidenza del cateterismo alla dimissione i dati sono in linea con quanto riportato in letteratura, in quanto anche se il piano assistenziale prevede la rimozione del catetere alla ripresa della mobilizzazione la tipologia di utenti non

permette la massima adesione al protocollo a causa delle problematiche cliniche presenti e della età avanzata.

Per quanto riguarda le LDP solo il 15% (7) sul totale erano già presenti all'ingresso, il restante 85% (41) sono state quelle di nuova insorgenza. Nonostante i dati riportati in letteratura siano in linea con i dati ottenuti dal nostro campione è necessaria un'opera di sensibilizzazione verso una opportuna mobilitazione precoce e prevenzione delle LDP, soprattutto in quanto il dato potrebbe essere sottostimato per una perdita di segnalazioni dovute al periodo pandemico.

Infine, per quanto riguarda le giornate di degenza la media varia in base alle condizioni del singolo soggetto considerando l'età, la presenza di patologie, grado di autonomia e di collaborazione; nel nostro studio il 32% delle degenze è durato meno di dieci giorni, il 37% meno di quindici giorni e il 24% oltre i quindici giorni.

Facendo un confronto delle giornate medie di degenza tra i primi sei mesi del 2019 e i primi sei mesi del 2020 si è vista una riduzione per quest'ultimo anno del 27,6% tale diminuzione è probabilmente dovuta all'ottimizzazione dei posti letto ma soprattutto alla maggiore disponibilità di posti nelle strutture intermedie, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili.

3.2 Limiti dello studio

Per quanto riguarda l'incidenza della cateterizzazione e presenza di LDP alla dimissione è stato possibile rilevare il dato solo su persone trasferite in RSA o al proprio domicilio, in quanto per gli utenti inviati in Struttura Riabilitativa Intensiva e/o Estensiva, la gestione infermieristica alla dimissione viene garantita direttamente dall'U.O. di Ortopedia quindi nella Scheda di Dimissione Protetta non viene segnalata la presenza di presidi al momento del trasferimento.

Altro limite la possibile perdita di dati sulla segnalazione all'ingresso delle LDP nel periodo Marzo- Aprile 2020 a causa del trasferimento del reparto di U.O.C. Ortopedia da Pesaro a Fano e dell'emergenza pandemica Covid-19.

CAPITOLO 4: CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

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, delirium, prolungata immobilizzazione)

Le variabili sulle quali agire sono pertanto la tempestività operatoria, un'adeguata assistenza perioperatoria e la definizione di setting appropriato per la dimissione.

Per quanto riguarda la tempestività dell'intervento i dati rilevati sono in linea con quanto richiesto dal Programma Nazionale Esiti promosso dall'Agenzia Nazionale Assistenza Sanitaria (AGENAS), l'organismo collaborativo che promuove ed integra le migliori esperienze Regionali con il Ministero della Salute .

Tale dato dovrà comunque essere monitorato in maniera stretta soprattutto in questo periodo ove la richiesta di Tampone naso-faringeo per screenare i pazienti per la diagnosi di Infezione da Covid -19 potrebbe allungare i tempi pre-intervento qualora non vengano rispettate le modalità organizzative messe in atto che hanno permesso ad oggi una buona tenuta sul rispetto dei tempi.

Oltre alla tempestività operatoria è fondamentale una adeguata assistenza perioperatoria infatti lo sviluppo di lesioni da pressione a causa delle comorbidità preesistenti e della forzata immobilizzazione si associa ad un ritardo nel recupero funzionale e ad un incremento delle giornate di degenza e dei costi complessivi dell'assistenza.

I dati dimostrano che è necessaria una più scrupolosa attenzione verso quegli interventi che sono da considerarsi prioritari nell'assistenza quali la correzione di fattori di rischio come la malnutrizione, una attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito sin

dal momento dell'ingresso in ospedale (anche in sala operatoria), l'adozione di protocolli operativi per la rotazione sistematica del decubito, l'ispezione delle sedi a rischio e la rapida mobilitazione fuori dal letto.

Si prevede pertanto di rinforzare le raccomandazioni rispetto a quanto previsto dal Protocollo Aziendale con una modalità formativa a distanza e una serie di visite in sede.

La cateterizzazione routinaria perioperatoria non è indicata, a causa dell'incremento del rischio d'infezioni che comporta; è pertanto indicata solo in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi oppure in pazienti affetti da deficit cognitivi o elevata disabilità.

Sarebbe necessario pertanto monitorare attentamente la necessità di cateterizzazione e soprattutto una volta inserito il catetere valutare in maniera sistematica giornaliera la necessità di mantenere in sede lo stesso.

In Azienda è in atto un gruppo di lavoro per redigere il nuovo Protocollo di Cateterismo Vescicale che prevede una scheda di monitoraggio ove segnalare le indicazioni all'inserimento e dove verificare giornalmente la necessità di mantenimento dello stesso.

Una precoce definizione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei percorsi successivi atti a garantire la continuità assistenziale può ridurre la durata della degenza e il numero di re-ricoveri ed aumentare la soddisfazione del paziente.

Occorre pianificare il percorso del paziente, già dall'ingresso nel reparto 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 dimissione protetta richiede il coinvolgimento precoce del team multidisciplinare intraospedaliero ma soprattutto del paziente e dei familiari.

La scelte e le richieste del paziente e dei familiari sono elementi essenziali per la definizione del percorso di cura.

Il ruolo strategico dell'Infermiere si concretizza quindi nel favorire il coinvolgimento della persona assistita e del caregiver al fine di garantire la loro partecipazione non solo al piano assistenziale ma soprattutto per facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extra ospedaliero).

Le informazioni rispetto ai setting assistenziali post- dimissione devono pertanto essere chiare e condivise. Al fine di facilitare tale passaggio è stato elaborato un opuscolo informativo sul percorso frattura di femore (vedi Allegato 4) con la collaborazione del Coordinatore Infermieristico e del personale Medico Fisiatrico del Nucleo Dimissioni Protette. Questo documento verrà utilizzato dal personale infermieristico del NDOP e verrà consegnato al paziente e/o ai suoi famigliari il giorno seguente l'intervento chirurgico con lo scopo di fornire in maniera dettagliata le diverse opportunità assistenziali e riabilitative successive alla dimissione ospedaliera.

Per quanto riguarda la degenza media, la possibilità di rapida dimissione dai reparti di ortopedia dei pazienti anziani con frattura di femore è spesso condizionata dalla disponibilità di adeguate strutture intermedie, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili, la cui indisponibilità condiziona la durata della degenza indipendentemente dai problemi sanitari.

A tal fine è necessaria una importante rete organizzativa intra ed extra ospedaliera con team professionali dedicati, percorsi, strumenti definiti e condivisi mirati ed una forte integrazione organizzativa ed assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- AIDA (2011) - Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni Italiane. Le buone prassi.
- Akbari, M., & Celik, SS. (2015) The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, volume 20, issue 4, 442-449. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26257798/>
- Berselli, E., Direzione sanitaria. (2017). Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord - Percorso Dimissioni Protette: Continuità Assistenziale Ospedale Territorio.
- Denaro, V., Pietrogrande, L., Sponton, A., & Barnaba, S.A. (2006). *Infermieristica clinica in ortopedia e traumatologia*. Hoepli
- Hertz, K., & Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture Nursing. Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. Springer.
- Murphy, S., Conway, C., McGrath, NB., O'Leary, B., O'Sullivan, MP., & O'Sullivan, D. (2011). An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period. *Journal of Clinical Nursing*, volume 20, issue 23-24, 3404-3413. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21762425/>
- Nanjayan, S.K., John, J., Swamy, G., Mitsiou, K., Tambe, A., Abuzakuk, T. (2014). Predictors of change in 'discharge destination' following treatment for fracture neck of femur. *Injury - International Journal of the Care of the Injured*, volume 45, issue 7,

1080-1084. Disponibile in: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(14\)00076-X/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(14)00076-X/fulltext)

- Nebuloni, G. (2017). Assistenza infermieristica alla persona anziana. Pianificazione assistenziale con NANDA-I, NOC e NIC. Seconda edizione. CEA
- Nebuloni, G. (2012). Pianificare l'assistenza agli anziani nel ventunesimo secolo. CEA
- Paoloni, L., Simoncelli, M., Moci, D., Bernardini, R., & Tanfulli, R. (2014). L'esperienza di comunità assistenziale dell'azienda ospedaliera Marche Nord. *Menti Attive* n. 1 - Maggio 2014 (61-64). Disponibile in: <https://www.inrca.it/inrca/files/PAGINE/Rivista%20n1%202014%20web.pdf>
- Pellizzari M. (2008). L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi. Milano. McGraw Hill.
- Pistarelli, T., Augello, G., & Baldassarre, V. (2014). L'esperienza di continuità assistenziale dell'UO Medicina Fisica e Riabilitazione - Pesaro, Asur Marche Area Vasta Nord. *Menti Attive* n. 1 - Maggio 2014, 65-66. Disponibile in: <https://www.inrca.it/inrca/files/PAGINE/Rivista%20n1%202014%20web.pdf>
- Quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza dell'anziano. n.6 - Novembre- Dicembre 2010. Disponibile in: http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1703_allegato.pdf
- Quaderni del Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. n.8 - Marzo - Aprile 2011. Disponibile in: http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1705_allegato.pdf

- Regione Marche D.G.R. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e sociali.
- Regione Marche D.G.R. Piano Socio Sanitario Regionale 2020-2022 - Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). Trattato di cure infermieristiche. II edizione. Edizioni Sorbona
- Simoncelli, M., Paoloni, L., & Emanuelli, B. (2019). L'esperienza di continuità assistenziale dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord. *I Luoghi della Cura online* n. 4 - Agosto 2019. Disponibile in: <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/08/lesperienza-di-continuita-assistenziale-dellazienda-ospedaliera-marche-nord/?pdf>
- Simoncelli, M., Paoloni, L., Gunelli M., Bernardini, R., Gabrielli, E., & Mancini, D. (2014). Limiti applicativi e peculiarità dei percorsi riabilitativi dell'anziano con frattura di femore: l'esperienza del presidio ospedaliero di Pesaro. *Menti Attive* n.1 - Maggio 2014, 53-57. Disponibile in: <https://www.inrca.it/inrca/files/PAGINE/Rivista%20n1%202014%20web.pdf>
- Teti, O., (2018). Management e Continuità delle cure tra ospedale e territorio del paziente complesso e fragile in area medica. *Italian Journal of Nursing* n. 26 - 2018, 22-29. Disponibile in: https://www.opimilomb.it/docs/default-source/default-document-library/ijn26_2018_web1.pdf?sfvrsn=0

ALLEGATI

Allegato 1 - Scala ADL

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia- letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

Punteggio totale: ____ / 100

Allegato 2 - Scala IADL

SCALA IADL

(Indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana)

A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO

1. Usa il telefono di propria iniziativa (alza la cornetta, compone il numero.....)
2. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
3. Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri
4. Non è in grado di usare il telefono
0. Rifiuto - non applicabile

B) FARE ACQUISTI

1. Fa tutte le proprie spese senza aiuto
2. Fa piccoli acquisti senza aiuto
3. Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa
4. Non è in grado di fare acquisti
0. Rifiuto - non applicabile

C) PREPARAZIONE DEL CIBO

1. Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto
2. Prepara pasti adeguati se gli vengono forniti gli ingredienti
3. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata
4. I pasti gli devono essere preparati e serviti
0. Rifiuto - non applicabile

D) CAPACITA' DI ACCUDIRE LA CASA

1. Sbriga le faccende domestiche da solo o con assistenza occasionale per i lavori pesanti
2. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti (rifà il letto, lava i piatti.....)
3. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti ma non è in grado di mantenere un adeguato livello di pulizia della casa
4. Necessita di aiuto per tutti i lavori domestici
5. Non partecipa a nessuna azione di governo della casa
0. Rifiuto - non applicabile

E) AUTONOMIA NEL LAVAGGIO DELLA BIANCHERIA

1. Lava personalmente tutta la sua biancheria
2. Lava solo i piccoli capi di biancheria (calzini, fazzoletti)
3. Tutta la biancheria deve essere lavata e stirata da altri
0. Rifiuto - non applicabile

F) MEZZI DI TRASPORTO

1. Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto
2. Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici
3. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
4. Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno
5. Non si sposta con alcun tipo di mezzo di trasporto
0. Rifiuto - non applicabile

G) RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI

1. Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
2. Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate
3. Non è in grado di assumere correttamente le terapie da solo
0. Rifiuto - non applicabile

H) CAPACITA' DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE

1. Gestisce le proprie finanze in modo autonomo (scrive assegni, paga le tasse, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate, riscuote la pensione)
2. E' in grado di fare piccoli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni più complesse (operazioni bancarie, acquisti maggiori....)
3. Non è in grado di maneggiare denaro
0. Rifiuto - non applicabile

Allegato 3 - Scala BRASS

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)	
Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato	
<p>Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscanti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p>Stato cognitivo (una sola opzione) 0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso</p> <p><i>* sfere: spazio, tempo, luogo e sè</i></p>	<p>Modello comportamentale (ogni opzione valutata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro</p> <p>Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi</p> <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione) 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p>Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> <p>PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
Punteggio	Indice di rischio
0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
maggiore o uguale a 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Allegato 4 - Opuscolo informativo percorso frattura di femore

U.O.C. ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore L. Memè

U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA
Direttore M. Simoncelli

SERVIZIO
DIMISSIONI PROTETTE OSPEDALIERE
Inf. Coordinatore M. Moretti
0721365106/5200

Elaborato nella Tesi di Laurea in Infermieristica 2020 di Gloria Bonaparte

INFORMAZIONI UTILI



OPUSCOLO INFORMATIVO PERCORSO FRATTURA DI FEMORE MAGGIORE DI 65 ANNI

Informazioni rivolte ai soggetti di età maggiore a 65 anni con esiti di frattura di femore e ai loro familiari sulle opportunità assistenziali e riabilitative dopo la dimissione.



Gentile utente,

le consegnamo questo opuscolo per fornirLe informazioni sul percorso assistenziale-riabilitativo post dimissione per persone con esiti di frattura di femore di età maggiore a 65 anni.

Il giorno seguente all'intervento chirurgico verrà valutato sia dal medico fisiatra che dal Nucleo di Dimissioni Protette.

1. Il medico fisiatra stabilirà l' idoneità o meno al ricovero presso una Struttura Riabilitativa alla dimissione, tenendo conto della prognosi funzionale, della stabilità clinica, delle patologie già presenti, del grado di autonomia o invalidità precedente, della capacità di partecipazione/collaborazione e di tolleranza al trattamento riabilitativo e delle indicazioni, fornite dall'Ortopedico, sulla possibilità o meno di caricare sull'arto operato.

La riabilitazione dopo la dimissione potrà essere eseguita in regime:

- a. **Domiciliare:** soluzione ideale specialmente per le persone scarsamente collaboranti (per esempio in soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo associata o meno a disturbi del comportamento) e/o con ridotto grado di autonomia precedentemente all'evento traumatico. Questa risulta essere una soluzione idonea e confortevole che permette di svolgere il trattamento riabilitativo in ambiente familiare per il paziente facendogli mantenere le proprie abitudini e il contatto con i propri familiari.
- b. **Ricovero presso Struttura di Riabilitazione:** soluzione appropriata per il recupero di disabilità in soggetti precedentemente autonomi e/o con buona tolleranza allo sforzo. Le Strutture Riabilitative disponibili sul nostro territorio sono suddivise in Extraospedaliere o Ospedaliere.

Extraospedaliere
Galantara di Pesaro
Santo Stefano, Villa Fastiggi Pesaro
Santo Stefano, Macerata Feltria
Fossombrone

Ospedaliere
Ospedale di Cagli
Ospedale di Pergola

In questo caso viene chiesto al paziente e/o familiare di esprimere una preferenza di sede; tuttavia, la scelta risulta condizionata dalla disponibilità di posto letto nel breve termine.

2. **Nucleo Dimissioni Protette** equipe di valutazione ospedaliera composta da un infermiere e Assistente Sociale che faranno un colloquio con lei e/o con i suoi familiari per valutare le condizioni sociali, familiari e assistenziali preferenzialmente per un rientro al domicilio o valutare l'eventualità di inserimento provvisorio presso una Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) se prevale l'aspetto sociale e assistenziale, o in Cure Intermedie se prevale l'indicazione clinica.

Qualora le condizioni sociali, economiche e assistenziali non prevedano la possibilità di un rientro a domicilio, la definizione della sede di Residenzialità Assistenziale, a carattere gratuito, dipenderà dal Distretto di appartenenza come anche la valutazione e l'idoneità dei giorni di permanenza; questo consentirà ai familiari di organizzarsi per un rientro futuro al domicilio.

RSA disponibili sul territorio della provincia di Pesaro e Urbino:

- se il paziente è del distretto di **Pesaro:** Galantara, Bricciotti (Mombarroccio), Villa Fastiggi (prossima apertura).
- se il paziente è del distretto di **Fano:** Mondavio, Mondolfo, Casa Argento (Fossombrone).
- se il paziente è del distretto di **Urbino:** Macerata Feltria, Urbania, Montefeltro, Sant'Angelo in Vado.

In caso di non disponibilità di posto letto in una RSA del proprio distretto l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) valuterà l'opportunità di trasferimento presso una RSA di un distretto di non appartenenza.

Se prevale un'indicazione clinica per la prosecuzione di terapie ospedaliere e continuità assistenziale l'UVI darà idoneità per le Cure Intermedie che si trovano presso l'Ospedale di Cagli e Fossombrone.

Se, al contrario, alla dimissione dall'Unità Operativa di Ortopedia sarà valutato il rientro al proprio domicilio, il Nucleo Dimissioni Protette effettuerà una valutazione per la prescrizione di presidi (come: materasso anti decubito, sponde letto, carrozzina, deambulatore, sollevatore) idonei al paziente o indicati dal Medico Fisiatra.

Questi potranno essere forniti a carattere gratuito se già presente un'invalidità superiore al 33% o, in alternativa, potranno essere noleggiati, a carico del paziente, presso una sanitaria scelta.

Infine se il paziente rientrerà al domicilio con problemi assistenziali quali: catetere vescicale, lesione da pressione, catetere venoso ecc... verrà avviato il servizio di cure domiciliari previa autorizzazione del Medico di famiglia avvisato dai familiari.