

L'anziano e la frattura di femore



SOMMARIO

La frattura di femore: considerazioni epidemiologiche	3
<i>di Elena Biagini e Rita Maricchio</i>	
Fattori di rischio e prevenzione	5
<i>di Elena Biagini e Rita Maricchio</i>	
Assistenza infermieristica sul territorio alla persona anziana con frattura di femore	13
<i>di Elena Cecchin</i>	
Allertamento del 118	13
Arrivo sul target	13
L'immobilizzazione	14
Gestione della persona in pronto soccorso	16

Percorso assistenziale in unità di degenza dell'anziano con frattura di femore	18
<i>di Vera Cardillo</i>	
Le fratture di femore nell'anziano. L'integrazione tra infermiere e fisioterapista	20
<i>di Elena Iotti</i>	
La continuità di cura nella persona anziana con frattura di femore: l'integrazione ospedale - territorio	23
<i>di Elena Biagini e Rita Maricchio</i>	
Appendici	25

Gli autori di questo fascicolo de *I Quaderni* sono:

Elena Biagini

Infermiera del Servizio Infermieristico Domiciliare A.D.O. Pistoia -Distretto Fornace -Toscana

Vera Cardillo

CPSE 1a div. Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna

Elena Cecchin

Infermiera Specializzata in Area Critica ed Emergenza - Pronto Soccorso 118 A.S.S. 5 "Bassa Friulana" - Ospedale di Palmanova - Friuli Venezia Giulia

Elena Iotti

TDR Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna

Rita Maricchio

Coordinatore infermieristico Rsa Distretto Est - A.S.S. 5 "Bassa Friulana" Friuli Venezia Giulia

 <p>I QUADERNI <i>Supplemento de L'Infermiere n. 5/06</i></p> <p>Direttore responsabile: Annalisa Silvestro Comitato editoriale: Marcello Bozzi Danilo Massai</p>	<p>Barbara Mangiacavalli Gennaro Rocco, Loredana Sasso Annalisa Silvestro Franco Vallicella</p> <p>Responsabile dei servizi editoriali: Emma Martellotti Servizi editoriali: IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING</p>	<p>Coordinatore Eva Antoniotti Editore: Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70 00184 - Roma tel. 06/46200101 fax 06/46200131 www.ipasvi.it</p> <p>Periodicità trimestrale</p>	<p>Stampa Elcograf, un marchio della Pozzoni Spa, Beverate di Brivio (Lc)</p> <p>Registrazione Presso il Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64. <i>La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.</i></p>
---	---	--	--

La frattura di femore: considerazioni epidemiologiche

di Elena Biagini e Rita Maricchio

Nel vasto panorama delle disabilità una percentuale significativa deriva dal prolungarsi della vita media, ovvero dal numero degli anziani, spesso affetti da pluripatologie e da limitazioni funzionali significative. Il numero di ultrasessantacinquenni in Italia è passato da circa sei milioni nel 1950 a circa 12 milioni nel 1990 e si prevede che diventeranno addirittura 16 milioni nel 2020. L'incidenza mondiale delle fratture dell'estremità prossimale del femore è in continuo incremento parallelamente all'aumento dell'età media della popolazione ed è un'importante causa di mortalità e di disabilità nella popolazione anziana¹⁻⁶. Gli esiti di frattura femorale comportano un rischio di "exitus" con una mortalità stimabile in circa il 5% in fase acuta e 15-25% entro un anno; la disabilità deambulatoria è permanente nel 20% dei casi e solo il 30-40% riacquista autonomia compatibile con le precedenti attività della vita quotidiana. I costi sociali di una frattura di femore sono rilevanti, basti pensare ai soli costi diretti legati

al ricovero ospedaliero⁷. È stato osservato, ad esempio, che la durata media dei ricoveri ospedalieri per fratture di femore di origine osteoporotica è la più lunga tra tutte le patologie acute. Il *life time risk* di frattura del femore nella donna ultracinquantenne è del 17% e questo rischio aumenta esponenzialmente dopo i 70 anni; il rischio è ritenuto essere doppio nella donna rispetto all'uomo. La diffusione dell'osteoporosi, indiscutibile concausa della frattura di femore nella popolazione anziana, è stata recentemente documentata in Italia dallo studio epidemiologico ESOPO (Epidemiological Study on the Prevalence of Osteoporosis)⁸ da cui è emerso in particolare che quasi 4.000.000 di donne in Italia sono affette da osteoporosi e quindi a rischio di frattura di femore, con una prevalenza di oltre il 40% al di sopra dei 60 anni.

Si stima che i cambiamenti demografici dei prossimi anni porteranno un aumento del numero di fratture del femore nel mondo da 1,66 milioni del 1990

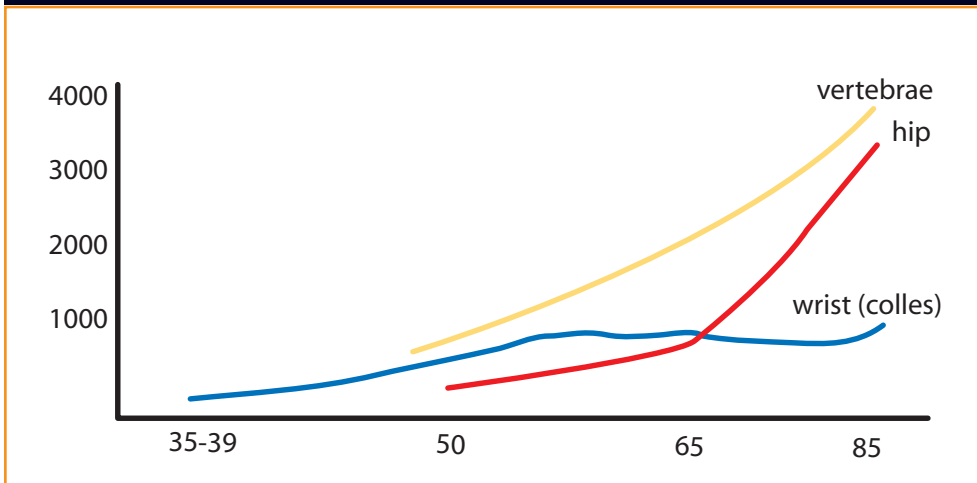
-
1. Miller CW *Survival and ambulation following hip fracture*. J Bone Joint Surg Am 1978; 60:930-4.
 2. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. *Mortality and morbidity after hip fractures*. BMJ 1993; 307:1248-50.
 3. Browner WS, Pressman AR, Nevitt MC, Cummings SR. *Mortality following fractures in older women. The study of osteoporotic fractures*. Arch Intern Med 1996; 156:1521-5.
 4. Center JR, Nguyen TV, Schneider D, Sambrook PN, Eisman JA. *Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study*. Lancet 1999; 353:878-82.
 5. Meyer HE, Tverdal A, Falch JA, Pedersen JI. *Factors associated with mortality after hip fracture*. Osteoporos Int 2000; 11:228-32.
 6. Boonen S, Autier P, Barette M, Vanderschueren D, Lips P, Haentjens P. *Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study*. Osteoporos Int 2004; 15:87-94.
 7. Lippuner K, von Overbeck J, Perrelet R, Bosshard H, Jaeger PH. *Incidence and direct medical costs of hospitalizations due to osteoporotic fractures in Switzerland*. Osteoporos Int 1997; 7:414-25.
 8. Adami S, Giannini S, Giorgino R, Isaia G, Maggi S, Sinigaglia L et al. *The effect of age, weight, and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: the ESOPO study*. Osteoporos Int 2003; 14:198-207.

a 6,26 milioni del 2050⁹⁻¹⁰. In Italia, nel 2002, nei soli ultra-quarantacinquenni il SSN ha dovuto affrontare oltre 86.000 ricoveri per fratture femorali, con un incremento d'incidenza costante dal 1999, come prevedibile a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. L'incidenza appare particolarmente evidente sopra i 75 anni, quando aumenta sia la prevalenza dell'osteoporosi, sia il rischio di cadute. Le donne appaiono le più colpite, con un rischio più che doppio rispetto agli uomini in particolare a partire dai 65 anni, a conferma del ruolo rilevante dell'osteoporosi. I costi legati all'ospedalizzazione e ai necessari approcci chirurgici per fratture di femore

ammontavano già nel 2001 a quasi mezzo miliardo di euro l'anno. Questa cifra è pressoché equivalente a quella stimata dall'International Osteoporosis Foundation. Quasi l'80% di questa spesa riguarda persone ultra-sessantacinquenni, con un aumento dei costi diretti di circa il 15% dal 1999 al 2002¹¹. In considerazione delle caratteristiche sociali della patologia osteoporotica e della previsione confermata di crescita con l'invecchiamento della popolazione, appare prevalentemente indicato un approccio preventivo globale, che rimuova i fattori di rischio noti e diffusi e che promuova iniziative finalizzate alla prevenzione delle cadute e delle sue complicanze.

Figura 1

INCIDENZA DELLE FRATTURE ALL'AUMENTARE DELL'ETÀ



L'incidenza delle fratture vertebrali aumenta esponenzialmente dopo i 50 anni. Metà dei soggetti con evidenza radiografica di frattura vertebrale non ha lombalgia. Le fratture di femore aumentano in modo esponenziale con l'invecchiamento.

9. Cummings SR, Rubin SM, Black D. *The future of hip fractures in the United States*. Clin Orthop 1990; 252:163-76.

10. Cooper C, Campion G, Melton LJ. *Hip fractures in the elderly: a world-wide projection*. Osteoporos Int 1992; 2:285-9.

11. M. Rossini, P. Piscitelli, F. Fitto, P. Camboa, A. Angeli, G. Guida, S. Adami. *Incidence and socioeconomic burden of hip fractures in Italy* Reumatismo, 2005; 57(2):97-102

Fattori di rischio e prevenzione

Sono le cadute a provocare la gran parte delle fratture di femore negli anziani, con conseguenze spesso gravissime.

Ma si possono compiere molti interventi per prevenirle

di Elena Biagini e Rita Maricchio

Il fattore di rischio più importante, per le fratture di femore nell'anziano, è la caduta. Il problema delle cadute nell'anziano è oggetto di grande attenzione (*Elder Fall Prevention Act*, 2002).

L'incidenza delle cadute nei soggetti con più di 65 anni che vivono in comunità è del 35-40%/anno¹². Nei soggetti ospiti delle strutture per anziani l'incidenza è 3 volte più alta¹³.

Le donne cadono più frequentemente rispetto agli uomini, in particolare per quanto riguarda il fenomeno delle cadute ripetute. Le cadute sono una causa importante di fratture traumatiche e il 65% delle morti da caduta si verifica in pazienti con più di 75 anni.

La percentuale di cadute che porta a morte è più alta tra gli uomini che tra le donne. Il 5% degli anziani che cadono viene ospedalizzato.

La caduta è la causa più diretta di frattura

scheletrica e nell'anziano il femore è il segmento più pericolosamente colpito¹⁴.

Il 75% degli anziani con frattura di femore (FF) muoiono entro il 1° anno.

Il numero di ricoveri per frattura di femore è in aumento, con alti costi anche per la disabilità permanente che ne segue, nonostante le raffinate tecniche ortopediche di protesi e l'attenzione al decorso pre e postoperatorio.

Il 40% delle istituzionalizzazioni è successivo ad una frattura, spesso di femore. Il 60% delle cadute avviene all'interno delle abitazioni, il 30% negli spazi pubblici, il 10% nelle strutture residenziali. Oltre al danno biologico, le cadute hanno anche conseguenze psicologiche e sociali; la paura di cadere e la sindrome ansiosa post-caduta sono note conseguenze.

La perdita della capacità di deambulare può essere dovuta a limitazioni funzio-

12 Zurlo A, Anzivino F. *Le cadute dell'anziano in residenza: inquadramento del problema*. Giorn Gerontol 2001; 49: 813-820

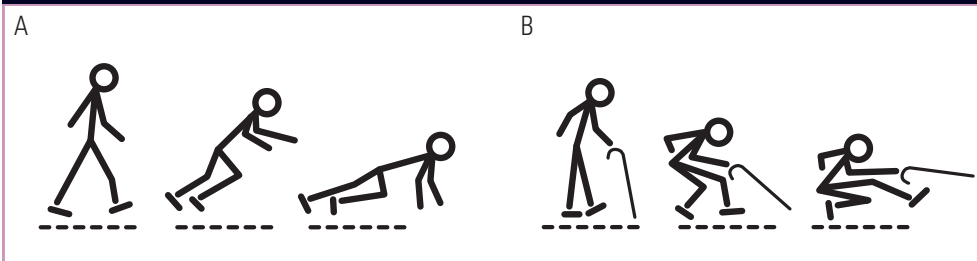
13 American Geriatric Society, British Geriatric Society, and American academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Guideline for the prevention of falls in older person*. JAGS 2001;49:664-672.

14 Salvioi G. *Fratture del femore ed anziani: un problema crescente*. G Gerontol 2004;52:113.

nali che i soggetti si autoimpongono. L'osteoporosi è un fattore molto importante per l'evento frattura, ma la caduta deve essere considerata come evento più

importante responsabile delle fratture ed evento di grande rilevanza clinica in geriatria (fig 2) per le implicazioni che dovrebbe avere.

Figura 2

MODALITÀ DI CADUTA DELL'ADULTO (A) E DELL'ANZIANO (B)


Il rischio che una caduta esiti in una frattura di femore dipende dalla:

- tipologia della caduta;
- costituzione fisica dell'anziano; il tessuto adiposo converte l'andostenedione di origine surrenalica in estrogene, con proprietà osteotrofica, mentre la presenza di grasso trocanterico tende ad assorbire l'energia cinetica impattante della caduta a terra e riesce a proteggere il femore degli obesi dalla frattura;
- gravità dell'osteoporosi presente nel soggetto.

Il rischio di caduta è conseguenza dell'interazione tra due fattori:

- a. un *fattore intrinseco* al soggetto per modificazioni fisiologiche senili; l'insieme di queste modificazioni porta ad un'andatura più lenta, a piccoli passi, ad un atteggiamento del corpo in lieve flessione e ad un aumento delle oscillazioni spontanee (vedi tabella 1); è da considerare come fattore intrinseco anche la *comitanza di malattie* croniche e acute (vedi tabella 2);
- b. un *fattore estrinseco* al soggetto legato alle condizioni della rete sociale che si occupa dell'anziano o alle condizioni dell'ambiente (specie domestico) che possono favorire la caduta.

Tra le malattie che possono concorrere a causare le cadute, vanno ricordate le *polineuropatie*, che sono una condizione frequente nel soggetto anziano e riconoscono cause dismetaboliche, disendocrine, tossiche, infiammatorie e anche legate a carenze nutrizionali. Interessano il 6,5% delle persone untrasessantacinquenni e causano riduzione della forza muscolare e alterazioni della sensibilità profonda.

A rischio anche le persone che hanno *malattie degenerative del sistema nervoso*

centrale: il 3% degli ultrasessantacinquenni è affetto da sindromi Parkinsoniane, le cui cause più frequenti sono la malattia di Parkinson e il Parkinsonismo indotto da farmaci. La demenza senile interessa invece il 5,3% degli uomini e il 7,2% delle donne sopra i 65 anni, e dagli 80 anni in poi la prevalenza arriva al 20%. Sia la demenza vascolare sia la demenza mista (Alzheimer con componente vascolare) riconoscono come principale fattore di rischio modificabile l'ipertensione arteriosa.

Tabella 1

FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI DI CADUTA	RR
Debolezza muscolare	4,4
Storia di cadute	3
Deficit del cammino	2,9
Deficit dell'equilibrio	2,9
Uso di ausili per la deambulazione	2,6
Deficit visivi	2,5
Patologia articolare	2,4
Compromissione delle ADL	2,3
Depressione	2,2
Deficit cognitivi	1,8
Età > 80 anni	1,7

RR: Rischio relativo

Tabella 2

LE PATOLOGIE CHE POSSONO CONCORRERE ALLE CADUTE	
Patologia presente	Intervento medico
Vista: Glaucoma, Degenerazione maculare, Cataratta	Protesizzazione (occhiali), Intervento di cataratta, Terapia delle patologie specifiche
Udito: Ipoacusia, Malattia di Mèniere	Protesizzazione, Terapia delle patologie specifiche, Eliminazione farmaci ototossici
Apparato vestibolare: Cupololitiasi, Atassia vestibolare	Terapia delle patologie specifiche
Polineuropatie	Terapia delle patologie specifiche
Diabete, ipoglicemia	Terapia delle patologie specifiche
Vasculopatie: Diffuse, Insufficienza vertebro-basilare, Emiparesi	Terapia delle patologie specifiche
Malattie degenerative del sistema nervoso centrale: Demenze, Malattie Cerebellari, Malattia di Parkinson	Terapia delle patologie specifiche
Malattie del sistema muscolo scheletrico: Spondilosi vertebrale, Stenosi del canale lombare, Poliartrosi (anca e ginocchio), Disturbi podologici (alluce valgo, borsiti, callosità, deformità delle dita e delle unghie) Miopatie (polimialgia reumatica)	Terapia delle patologie specifiche, Ausili adeguati
Anemia	Terapia delle patologie specifiche
Ipossiemia: Insuff. respiratoria	Terapia delle patologie specifiche
Reazioni vaso vagale	Terapia delle patologie specifiche
Ipotensione posturale	Terapia delle patologie specifiche, eliminazione farmaci favorevoli
Cardiopatie (specie aritmogene)	Terapia delle patologie specifiche
Alcoolismo	Terapia delle patologie specifiche
Depressione	Terapia delle patologie specifiche, eliminazione antidepressivi a rischio
Infezioni acute	Terapia delle patologie specifiche

(tratta e modificata da: Zurlo A, Anzivino F., *Le cadute dell'anziano in residenza: inquadramento del problema*, Giorn Geront 2001; 49: 813-820)

Tabella 3

FARMACI CHE POSSONO ESSERE CAUSA DI CADUTE

ANTIPERTENSIVI: soprattutto diuretici	<i>Ipotensione ortostatica e incontinenza da urgenza</i>
IPNOTICI	<i>Sedazione e confusione</i>
IPOGLICEMIZZANTI	<i>Ipoglicemia</i>
NEUROLETTICI: soprattutto aloperidolo	<i>Effetti extrapiramidali</i>
NARCOTICI	

Nei pazienti che utilizzano *farmaci* che possono concorrere a causare le cadute (vedi tabella 3) gli interventi consigliati sono:

- utilizzare la dose minima efficace;
- sospendere i farmaci a rischio;
- effettuare una valutazione del rischio-beneficio.

Tabella 4

FATTORI DI RISCHIO CHE POSSONO CONTRIBUIRE ALLA CADUTA

Compromissione dei sistemi visivo (diminuzione della capacità di accomodazione, della visione notturna, della discriminazione dei colori e dei contrasti) ed uditivo.

Compromissione del SNC (riduzione dei riflessi di raddrizzamento e della sensibilità propriocettiva: "sindrome da deafferentazione").

Modificazioni legate all'invecchiamento dell'apparato muscolo-scheletrico (ostopenia, controllo muscolare ridotto)

Modificazioni involutive della postura e dello schema deambulatorio (ad es. andatura a piccoli passi)

Figura 3

I RISCHI DEL BAGNO

Figura 4

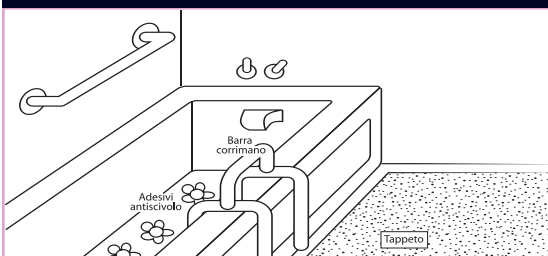
GLI ACCORGIMENTI DA ADOTTARE PER RENDERE SICURO IL BAGNO

Figura 5

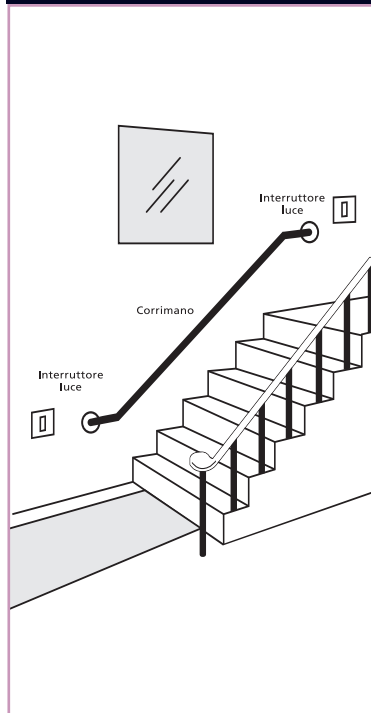
LE SCALE: ACCORGIMENTI UTILI

Tabella 5

FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI DI CADUTA E ACCORGIMENTI

ABITAZIONE

<p><i>Bagno: pavimenti sdruciolevoli, pedane non adese al pavimento (vedi fig 3)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • usare seggiolini per fare la doccia da seduti, maniglie a cui aggrapparsi, pedane con superfici antiscivolo (vedi fig 4) • dotare la vasca da bagno o la doccia e il pavimento del bagno di tappetini antisdrucciolo; • dotare la vasca da bagno o la doccia, il W.C. e il bidet di maniglia o supporti la cui presa consenta una maggior sicurezza nei movimenti durante l'uso. • custodire i prodotti da toilette e i farmaci in maniera ordinata in luoghi e in contenitori facilmente accessibili.
<p><i>Cucina: molte cadute avvengono nel tentativo di riporre gli oggetti in alto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • usare sgabelli robusti con un'ampia base di appoggio
<p><i>Camera da letto: durante la notte al buio, per la presenza di ostacoli sul pavimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • illuminazione notturna, uso di ciabatte chiuse con soles antiscivolo, alzarsi lentamente
<p><i>Tutti gli ambienti domestici</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • dovrebbero essere ben illuminati, privi di tappeti e ostacoli, con i fili della luce e del telefono che dovrebbero essere ben adesi al muro
<p><i>Scale dell'abitazione, sia interne che esterne, luogo frequente di caduta</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • essere dotate almeno da un lato di corrimano; • avere il primo e l'ultimo gradino di ogni rampa ben visibile (se non lo sono li si può evidenziare, per esempio con strisce di nastro adesivo colorato attaccato ai bordi del gradino; vedi fig 5) • essere dotate di strisce antiscivolo quando i gradini sono in materiale liscio e scivoloso; • avere adeguata illuminazione/naturale e/o elettrica
<p><i>Serramenti dell'abitazione (porte, finestre, scuretti, persiane diventano un ostacolo favorente la caduta)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • devono essere facilmente accessibili ed apribili; nel caso contrario vanno eliminate le cause che non lo consentano (per esempio i difetti di apertura e/o chiusura, gli ostacoli posti davanti ai serramenti), eventualmente anche sostituendo eliminando i serramenti più "scomodi".
<p><i>Mobili (ostacolo favorente la caduta):</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • devono essere disposti in maniera da non costituire ostacolo al passaggio (al limite è meglio rinunciare a mobili troppo ingombranti e non necessario). • eliminare poltrone, sedie, sgabelli, tavoli poco stabili

AMBIENTE ESTERNO

<p><i>Presenza di marciapiedi rotti, cordoli e gradini, asfalto viscido a causa delle condizioni del tempo (pioggia e gelo)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • buona manutenzione delle strade e dei marciapiedi, evitare di uscire con la pioggia o con il ghiaccio
---	---

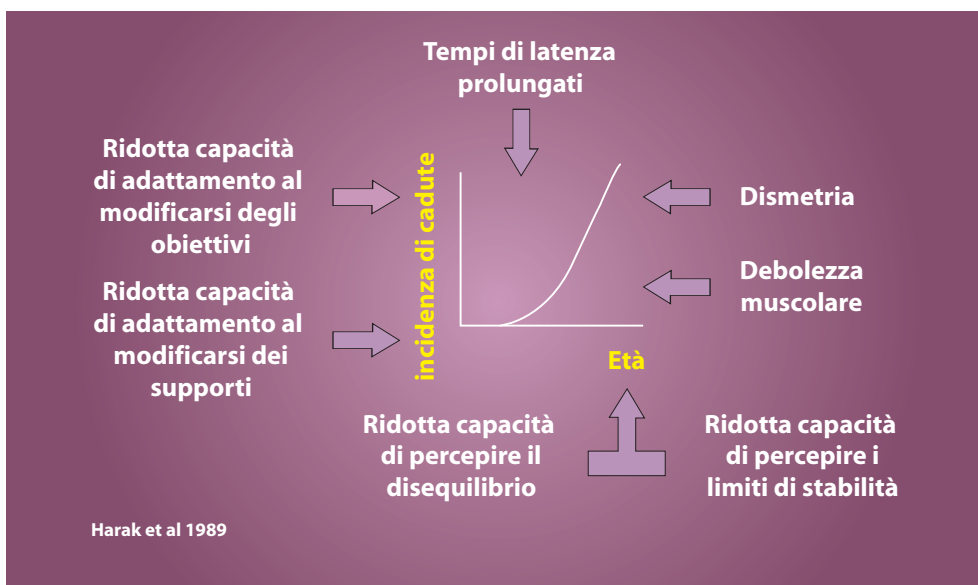
SCARPE

<p><i>Strette e troppo alte</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • scarpe comode e con soles antiscivolo
-------------------------------------	---

Alcuni interventi multifattoriali¹⁴ riducono le cadute nelle persone anziane, risulta quindi di importanza fondamentale un approccio valutativo multidimensionale. In tutti coloro che mostrano atteggiamenti di precarietà dell'equilibrio o del cammino si devono valutare l'*andatura* e l'*equilibrio*, la *forza musco-*

lare degli arti inferiori, la *sensibilità propriocettiva*, il *sistema vestibolare* integro e la *capacità visiva*. Un anziano su 5 ha deficit del cammino; tra i soggetti con più di 75 anni, il 30% ha difficoltà a salire le scale, il 40% non è in grado di camminare per più di 500 metri e il 7% necessita di assistenza per deambulare.

Figura 6: Rappresentazione grafica del rischio di cadute



14. Tinetti ME et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly living in the community. N Engl J Med 1994; 331: 821.

GDR: Grado di raccomandazione
RR: Rischio relativo

Allegato 2

LINEE GUIDA PER PREVENIRE LE CADUTE

Circa il 90% delle cadute è prevenibile. Ci sono molteplici trials la cui validità è stata considerata.

INTERVENTI PREVENTIVI

GDR

Programmi di prevenzione che combinano insieme più interventi (molti studi includono più forme di esercizio fisico) riducono le cadute

A

Target specifici: attenzione all'ipotensione ortostatica, al numero di farmaci assunti, all'equilibrio, alla deambulazione

B

La valutazione dei rischi ambientali e l'educazione sulla loro esistenza riduce le cadute

C

Le fratture del collo del femore possono essere prevenute indossando protettori d'anca (hip protectors)

B

Programmi di esercizio fisico non selettivi persone residenti delle strutture, non riducono le cadute

B

La valutazione dei fattori di rischio ambientali e l'educazione sulla loro esistenza senza l'intervento assistenziale non riduce le cadute

A

L'identificazione delle persone che accedono ai dipartimenti di emergenza in seguito a cadute, con la successiva valutazione multidisciplinare anche nel follow-up, riduce le cadute

B

Nel soggetto in cui NON sono presenti elementi di instabilità posturale o fattori di rischio di tipo patologico, l'unica modalità di prevenzione primaria è quella di mantenere un elevato livello di attività fisica

C

La valutazione dei residenti delle strutture dopo un episodio di caduta, con lo sviluppo poi di piani di intervento personalizzati ed eseguiti da personale qualificato, riduce le cadute

B

INTERVENTI UTILI

RR

Programma individuale di potenziamento muscolare e di miglioramento dell'equilibrio, eseguito da personale qualificato: rischio relativo

0,80

Il Tai Chi si è dimostrato efficace nel ridurre il numero delle cadute (15 settimane di Tai Chi)

0,51

Modificazione dei rischi ambientali prescritta da personale qualificato ad anziani a rischio di caduta, sia a domicilio che nell'ambiente esterno

0,16-0,74

Programmi di screening e di intervento sui fattori di rischio di una popolazione di anziani non selezionata

0,73

Se anziani con fattori di rischio o con storia di cadute

0,79

INTERVENTI DI NON DIMOSTRATA EFFICACIA

- Ginnastica di gruppo
- Integratori nutrizionali
- Integratori con vitamina D, con o senza calcio
- Programmi di modificazione del rischio ambientale in associazione con consigli farmacologici o con programmi educazionali di esercizi fisici
- Programmi di prevenzione nelle istituzioni
- Interventi che utilizzano solo l'approccio cognitivo-comportamentale
- Modificazioni dei rischi ambientali in anziani non a rischio di caduta
- Terapia ormonale sostitutiva.

Tabelle tratte da: • American Geriatric Society, British Geriatric Society, and American academy of Orthopaedic Surgeons, Panel on Falls Prevention. *Guideline for the prevention of falls in older person*, JAGS 2001;49:664-672. • Gene Feder, Yvonne Carter, Colin Cryer, Sheila Donovan, *Guidelines For The Prevention of Falls In People Over 65*, BMJ Oct 2000;321:1007-1011. • Tinetti ME., Speechley M., *Prevention of falls among the elderly*, N Engl J Med 1989; 320:1055-1059. • Gillespie L., Gillespie W., Lamb S. Cumming R., Rowe B., *Interventions for preventing falls in elderly people*, The Cochrane Library 2002.

Assistenza infermieristica sul territorio alla persona anziana con frattura di femore

di Elena Cecchin

Allertamento del 118

La chiamata di soccorso in caso di trauma che coinvolga la coscia e/o il bacino nella persona anziana viene ricevuta dall'operatore della Centrale Operativa 118. Il suo obiettivo principale è quello di identificare, mediante domande mirate (dispatch) la dinamica dell'incidente e l'insorgenza d'eventuali complicanze (emorragie, deficit neurologici, shock ipovolemico/neurogeno, dispnea). In assenza di fattori situazionali positivi (dinamica importante) e di complicanze associate, viene inviata l'ambulanza da soccorso territorialmente competente in codice Verde (servizio non deferibile nel tempo, senza uso di dispositivi d'emergenza, nel rispetto del codice della strada).

Arrivo sul target

L'infermiere che è a bordo del mezzo di soccorso, giunto sul posto, valuta innanzitutto la sicurezza del luogo di soccorso e l'accesso alla persona, si fa un'idea della dinamica dell'incidente e associa la stessa alla valutazione sul paziente. Il soccorritore che opera su di un trauma si può trovare davanti a svariati problemi di diversa natura:

1. luogo dell'intervento non agevole o pericoloso;
2. paziente non collaborante;
3. variabilità degli scenari (tipologia, gravità delle lesioni riportate);
4. coinvolgimento emotivo sia dei soccorritori che degli astanti.

La regola principale è quella di compiere un'attenta valutazione dello scenario prima d'intervenire e compiere una qualunque manovra, per non esporre a rischi sia i soccorritori che gli altri presenti. Inoltre il desumere la dinamica dell'evento può orientare circa i possibili traumi riportati dalla persona. Solitamente una persona con frattura del femore assume una posizione antalgica (la posizione più consona al fine di ridurre il dolore) che deve essere favorita anche durante il trasporto. La valutazione della persona deve prevedere la valutazione primaria (A, B, C, D, E; vedi tabella 1). Prima di valutare o trattare una frattura di femore, l'operatore extraospedaliero deve effettuare le valutazioni e i trattamenti relativi a tutte le lesioni pericolose per la vita del paziente, incluso il trattamento dell'eventuale emorragia associata alla frattura stessa.

Fatto questo, si inizia la valutazione dell'arto coinvolto nel trauma con un'ispezione visiva, cercando deformità aperte e chiuse della coscia e localizzando gonfiori con formazione di ematomi nel sito della sospetta frattura.

Una persona cosciente può presentare forte dolore nelle estremità o riportare deficit neurologici, come impossibilità di movimento a comando, o mancanza di sensibilità nell'arto lesionato. Valutando i movimenti e le sensazioni dell'arto lesionato si effettua una comparazione con l'arto non lesionato, o comunque con minori lesioni. Occorre rilevare inoltre il colore e la temperatura della cu-

Tabella 1

VALUTAZIONE DEI RISCHI

Obiettivo: identificare e trattare le situazioni che mettono in pericolo la vita del paziente (ripristino e mantenimento delle funzioni vitali)

Metodo per valutazione:

- A) Airways e Controllo Colonna
- B) Breathing
- C) Circolazione e Controllo Emorragia
- D) Disability (incapacità funzionale)
- E) Esposizione del ferito e protezione ambientale

te, tenendo a mente che questi parametri possono non essere attendibili quando il paziente è esposto a temperature molto rigide. È importante inoltre la valutazione della circolazione distale alla lesione, mediante la ricerca del polso pedideo dorsale e tibiale; la presenza di questi polsi indicherà circolazione arteriosa efficace a valle della frattura. La comparazione delle pulsazioni rilevate nell'estremità lesionata con l'estremità dell'arto non coinvolto dal trauma può inoltre dare informazioni importanti per quanto riguarda la condizione preesistente della persona.

L'immobilizzazione

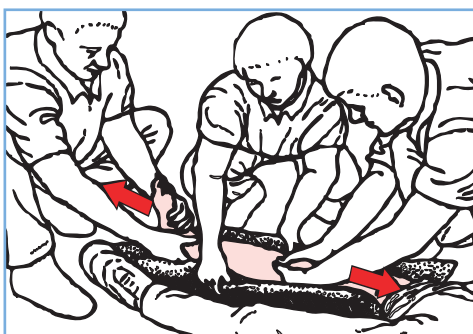
L'immobilizzazione è normalmente una terapia adottata in attesa che sia effettuato un intervento chirurgico.

La grande massa muscolare della coscia complica il trattamento di primo soccorso nelle fratture di femore in quanto il muscolo tende a contrarsi, spingendo le due estremità del femore fratturato l'una contro l'altra fino alla loro sovrapposizione. Questo può portare al danneggiamento del tessuto interno della coscia, ad emorragie estensive e ad un dolore molto intenso per la persona. L'immobilizzazione aiuta a ripristinare il riallineamento del femore fratturato, a limitare i danni interni e ad alleviare il dolore alla persona. Anche se non si è certi di trovarsi di fronte ad una frattura di femore, se c'è il riscontro di una coscia dolorante, gonfia o deformata, si

può comunque presupporre questo tipo di lesione. In considerazione sia della drammaticità dell'evento, sia della componente dolorosa presente nella persona infortunata, induce a focalizzare l'attenzione sin dall'inizio alla correzione chirurgica al fine di effettuare una mobilizzazione quanto più precocemente possibile. In alcuni casi, purtroppo, il momento inducente la caduta al suolo non viene opportunamente indagato, se non nei casi in cui una patologia preesistente sia ben nota. Le cause della caduta vanno perciò attentamente ricercate dal momento che l'evento può ripetersi. È ben evidente la sovrapposizione tra i sintomi della caduta e sincope in alcuni soggetti anziani, ciò è dovuto sia ad amnesia per perdita di coscienza sia ad ipotensione¹⁵. Anche se la tecnica di immobilizzazione prevede manovre diverse in base al distretto del corpo da trattare esistono alcune regole generali:

- 1) l'arto da valutare deve essere esposto completamente;
- 2) devono essere controllati i polsi periferici a monte e a valle della frattura prima e dopo l'immobilizzazione;
- 3) non deve essere effettuata eccessiva trazione sull'arto fratturato (soprattutto se la frattura è esposta);
- 4) medicare eventuali ferite;
- 5) non far passare le chiusure a velcro direttamente su ferite o sedi di esposizione di frattura.

15. Tzivoni D, Stern S. Pacemaker implantation based on ambulatori ECG monitoring in patients with cerebral symptoms. Chest 1975;67:274-8.



I passi da eseguire nell'effettuare l'immobilizzazione di un arto in una persona con il sospetto di frattura femorale sono:

- ricercare il polso periferico a valle del focolaio di frattura;
- eseguire medicazione e disinfezione di eventuali ferite;
- fare una modesta trazione allo scopo di allineare i monconi ossei;
- far trascinare la stecca sotto l'arto fratturato;
- cercare di modellare la stecca in modo da far adattare i bordi laterali all'arto da immobilizzare;
- chiudere le cinghie di velcro in modo che tale chiusura sia sufficientemente stretta perché la stecca rimanga ben bloccata;
- valutare colorito, mobilità e sensibilità delle dita prima e dopo immobilizzazione per evitare le complicanze da compressione;
- ricercare nuovamente il polso periferico valutato in precedenza; la mancanza del polso deve indurre l'operatore a rimuovere la stecca e ad eseguire nuovamente la tecnica.

L'immobilizzazione di distretto nella frattura di femore vede la sua maggiore efficacia con il blocco dell'articolazione "a valle" (ginocchio) e "a monte" (anca).

Le *stecche da immobilizzazione* sono dei presidi concepiti per l'immobilizzazione senza trazione degli arti da utilizzare in tutti i traumi ossei e articolari. Oltre ad avere la funzione di immobilizzazione senza eccessiva trazione, riducono il dolore e i rischi vascolari e nervosi secondari.

Tali dispositivi esistono in due modelli:

- *immobilizzatori a depressione*: permettono un'immobilizzazione totale in tutte le posizioni; dopo l'applicazione di vuoto all'involucro interno grazie ad un aspiratore si indurisce e permette l'immobilizzazione attuale completa.



- *immobilizzatori rigidi*: costituiti da un'armatura in alluminio radiotrasparente e da un rivestimento in spugna ricoperta da tessuto sintetico. Il sistema di fissaggio è costituito da una serie di cinghie a velcro.



Tabella 2

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Assenza di polsi periferici e/o ridotta sensibilità	<i>Il moncone osseo potrebbe aver compresso arterie e/o nervi principali: rientro in codice giallo (paziente a rischio). Monitoraggio parametri vitali ed ECG</i>
Presenza di emorragia arteriosa	<i>Esteriorizzata da frattura esposta: il moncone osseo ha leso l'arteria ed i tessuti circostanti. Arresto dell'emorragia con compressione locale; se non efficace compressione a monte del vaso; se non efficace applicazione di laccio emostatico: rientro in codice giallo (paziente a rischio). Controllo dello stato di shock. Monitoraggio parametri vitali ed ECG.</i>
Stato di shock	<i>Infusione di liquidi (fisiologica e/o plasmaexpander); somministrazione di ossigeno al 100%. Se paziente cosciente rientro in codice giallo (paziente a rischio); Se paziente Incosciente rientro in codice rosso (emergenza). Monitoraggio parametri vitali ed ECG.</i>
Difficoltà respiratorie	<i>Se non traumi importanti e paziente cosciente, favorire la posizione semiseduta. Somministrazione di ossigeno al 100%. Se paziente cosciente rientro in codice giallo (paziente a rischio); Se paziente Incosciente rientro in codice rosso (emergenza). Monitoraggio parametri vitali ed ECG.</i>
Rientro in ospedale con paziente privo di complicanze	<i>Il rientro in ospedale avviene in codice verde, mantenendo monitorate le funzioni e i parametri vitali. La scelta del percorso da effettuare deve essere consona alla riduzione del cinetismo e di conseguenza del dolore.</i>

Gestione della persona in Pronto Soccorso

Una volta giunta in Pronto Soccorso la persona viene accolta dall'infermiere triagista che la valuta in base alle informazioni ricevute, alle patologie associate, alla terapia assunta e alla dinamica dell'incidente. In assenza di complicanze, la persona viene accolta in codice verde (valutazione medica entro 15' di attesa). In presenza di complicanze, può essere accolta, a seconda dei casi, in codice giallo o rosso (valutazione medica immediata). Successivamente la persona viene

accolta dall'infermiere nel box visita del Pronto Soccorso e sottoposta ad un nuovo rilievo dei parametri vitali, che verranno confrontati con quelli rilevati sul posto. Vengono eseguiti prelievi ematochimici (emocromo, chimica d'urgenza standard e dove richiesto dosaggio farmaci) ed un ECG a 12 derivazioni. Il medico provvederà poi a rivalutare il paziente ripercorrendo lo stesso processo infermieristico fatto a domicilio.

Una volta trattate eventuali complicanze, la persona viene inviata alla Radiologia per l'e-

secuzione di Rx femore e/o anca e/o bacino. *I presidi di immobilizzazione sono radiotrasparenti, e quindi vanno lasciati in sede anche durante l'esecuzione delle prestazioni radiologiche.* Identificata la sede e la tipologia della frattura, la persona viene presa in carico dallo specialista ortopedico.

Durante la prima fase di ospedalizzazione è necessario fare attenzione a:

- *controllo del dolore:* gli analgesici narcotici possono provocare beneficio se il paziente è normoteso;
- *perdita di sangue e somministrazione di fluidi:* il femore presenta una ricca vascolarizzazione.

Quando il corpo del femore viene fratturato potrebbe presentarsi un grosso versamento ematico. Una frattura chiusa di femore potrebbe presentare una perdita di più di un litro di sangue raccolto nel muscolo e nei tessuti circostanti, mentre una frattura aperta potrebbe presentare una copiosa emorragia esteriorizzata dalla ferita. L'intervento preospedaliero include il controllo delle emorragie esterne con delle stecche gonfiabili e il reperimento di un accesso venoso. La somministrazione di cristalloidi può temporaneamente prevenire l'ipovolemia e l'insorgere dello shock.



Percorso assistenziale in unità di degenza dell'anziano con frattura di femore

di Vera Cardillo

Nella maggior parte dei casi, entro 24 ore dall'insorgenza della frattura la persona viene sottoposta ad intervento chirurgico-ortopedico. Gli obiettivi assistenziali nella prima fase devono essere orientati non solo alla pianificazione assistenziale perioperatoria e alla gestione delle eventuali complicanze, ma devono mirare anche ad un precoce recupero e ad un'impostazione del programma riabilitativo fin dalle prime ore del ricovero.

È importante ricordare che il piano assistenziale perioperatorio deve tener conto che spesso la persona anziana che incorre nella frattura di femore, spesso in mediocri condizioni fisiche generali, può presentare pluripatologie che a volte insorgono proprio in concomitanza con l'evento traumatico. Tanto più è avanzata l'età della persona, tanto più si dovranno orientare gli interventi integrati medico/assistenziali e ri-

abilitativi a diminuire il tempo di immobilizzazione in immobilizzazione prolungata, quale può essere il riposo a letto o con un tutore gessato, può condizionare la sopravvivenza.

La mobilizzazione delle risorse della persona per riacquistare l'autonomia nelle attività di vita quotidiana diventa parte essenziale della pianificazione del programma terapeutico/assistenziale/riabilitativo e deve quindi essere impostato fin dall'ingresso in unità di degenza secondo i protocolli presenti nelle varie realtà.

L'importanza dell'intervento assistenziale riabilitativo precoce è desumibile dall'alta percentuale di persone che vengono istituzionalizzate in seguito a frattura di femore (40%) e all'elevato costo di decorsi postoperatori non sempre soddisfacenti e precursori di disabilità e di disagi in un'alta percentuale di casi.

Tabella 1

LE COMPLICANZE DA FRATTURA DEL FEMORE

COMPLICANZE GENERALI

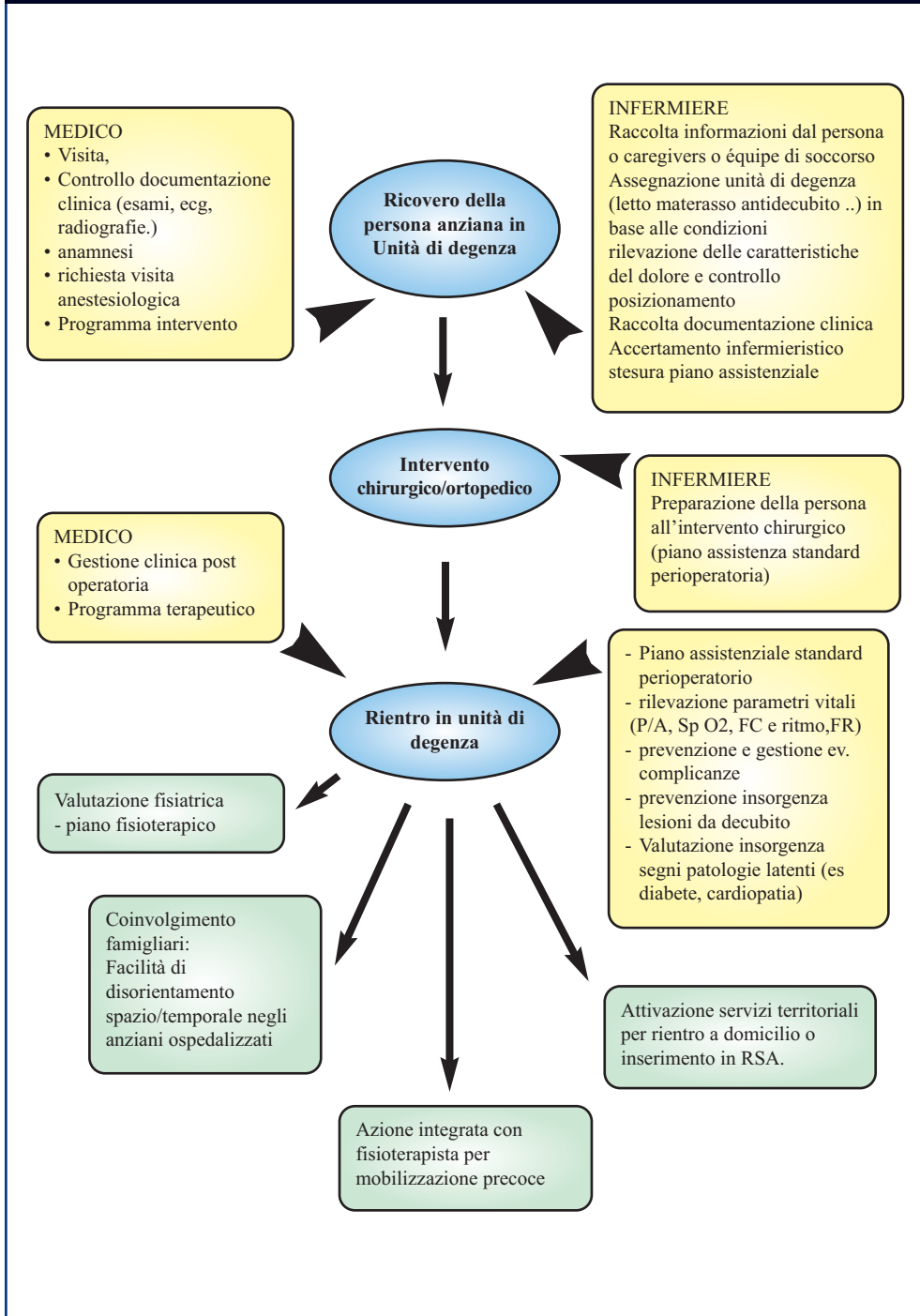
*Emorragia /ipovolemia /shock - Trombosi venosa profonda tromboembolia polmonare - Embolia gassosa
Potenziale alterazione dello stato mentale confusione e disorientamento spazio-temporale - Infezione
Complicanze polmonari - Complicanze urinarie (I.V.U.) - Turbe dell'alvo (stipsi) - Lesioni da decubito*

COMPLICANZE LOCALI

*Sindrome compartimentale compromissione neuro-vascolare - Infezione della ferita chirurgica
Lussazione-sublussazione endoprotesi*

Figura 1

SCHEMA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE IN UNITÀ DI DEGENZA DELL'ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE



Le fratture di femore nell'anziano. L'integrazione tra infermiere e fisioterapista

di Elena Iotti

Cosa comporta una frattura di femore nel paziente anziano? Sicuramente una sommatoria di problematiche che determinano una presa in carico completa e globale del soggetto.

Per questo diventa fondamentale l'integrazione e la collaborazione delle differenti figure professionali che satellitano attorno all'anziano nel pre e post intervento chirurgico sia immediato che tardivo.

La riabilitazione dell'adulto-anziano deve rispettare alcuni principi e in particolare essere precoce per evitare la comparsa di una sindrome da immobilizzazione, sempre temuta perché conduce quasi inevitabilmente all'infermità totale.

La fase pre operatoria è spesso limitata ad una raccolta di dati che si compone di informazioni riguardanti:

- ultima residenza (abitazione privata, struttura protetta o altro);
- livello di autonomia nelle ADL;
- cause che hanno determinato la frattura (caduta accidentale, perdita di equilibrio, fragilità ossea);
- condizioni fisiche generali;
- livello di orientamento spazio-temporale.

In base a questa valutazione sarà possibile determinare un corretto *progetto riabilitativo*. Gli obiettivi di tale progetto saranno quelli di ripristinare le precedenti autonomie, com-

patibilmente con il quadro generale del paziente, per reinserirlo nel minor tempo possibile nella situazione abitativa idonea e ottimizzare così le risorse assistenziali.

Il *programma terapeutico* si articolerà differenzialmente in base alla tipologia di frattura e quindi di intervento chirurgico. Comune approccio, salvo diverse indicazioni mediche, sarà quello di ridurre il più possibile i tempi di allettamento.

Soprattutto in questi pazienti è facile riscontrare rapidi disorientamenti spazio-temporali con perdita delle autonomie e dei patterns motori. La precoce mobilitazione dell'arto operato consente di ripristinare il livello tono-trofico precedente il trauma, stimolare la circolazione periferica e prevenire la rigidità articolare dovuta al dolore post chirurgico. È fondamentale, inoltre, date le problematiche associate quali i disturbi del circolo, le alterazioni metaboliche e la precaria situazione cutanea, che venga impostato un corretto programma di cambio di postura, che potrà essere:

- supina;
- sul fianco sano con un cuscino tra gli arti inferiori;
- seduta con tronco a 90°.

Utile può essere l'adozione di presidi anti-decubito quali materassi, talloniere, cuscinetti ad aria o ad acqua che riducono la

pressione sulle zone “critiche”, partendo dal presupposto che ogni presidio ha maggiore utilità se adottato in fase preventiva.

Fondamentali saranno i frequenti cambi posturali da intensificare in situazioni ad alto rischio.

Può accadere, soprattutto nei primi tentativi di verticalizzazione, che il paziente presenti una evidente retropulsione del tronco; tale situazione è tanto più evidente nei soggetti che già prima della frattura presentavano ridotte capacità motorie. In questo caso è necessario eseguire un programma di riadattamento antigravitario riducendo gradatamente il supporto al tronco e stimolando le attività che coinvolgono gli arti superiori nella posizione seduta: dall'alimentarsi in modo autonomo, alla pulizia di mani e viso, al semplice pettinarsi. Lo step successivo sarà il raggiungimento della stazione eretta con possibilità di carico parziale o totale sull'arto operato in base alla tipologia di intervento e alle indicazioni del chirurgo ortopedico.

Il cammino avverrà con l'ausilio di un deambulatore e di uno o più operatori per aumentare i margini di sicurezza e ripristinare la corretta “fiducia nel muoversi” che spesso la persona anziana perde in seguito al trauma della caduta.

Nelle condizioni ottimali il paziente viene istruito all'utilizzo degli antibrachiali, con uno schema a tre tempi, che consentono una maggiore autonomia anche in piccoli spazi o esternamente, per concludere con l'insegnamento della salita e discesa delle scale. Qualora si manifestino evidenti difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio in stazione eretta sarà compito del medico fisiatra, del fisioterapista in collaborazione con il tecnico ortopedico, scegliere l'ausilio più idoneo per gli spostamenti: dal deambulatore scorrevole, al rollator due ruote e due puntali, al tetrapode o al tripode. Spesso i tempi di ospedalizzazione sono brevi

quindi tale valutazione verrà eseguita dopo la dimissione del paziente con eventuale valutazione nel follow-up per verificare l'evoluzione delle performance motorie. Nelle situazioni di involuzione o demenza senile il recupero funzionale è legato principalmente al mantenimento degli automatismi motori che vanno comunque adeguatamente stimolati.

La riabilitazione deve comunque essere *discontinua* perché non si può richiedere uno sforzo di grande impegno ad un anziano disabile. Dovrebbe, inoltre, essere *più funzionale che analitica*: l'essenziale è recuperare l'equilibrio, il cammino e i gesti usuali. Deve ancora essere *perseguita a lungo*, eventualmente anche a domicilio, perché l'autonomia apparentemente ottenuta in ospedale è spesso precaria anche se sembra apparentemente soddisfacente.

In linea di massima la dimissione può avvenire quando la persona è in grado di:

- effettuare autonomamente o solo con piccolo aiuto i passaggi posturali;
- deambulare con doppio appoggio, controllando adeguatamente il carico sull'arto operato;
- affrontare le scale, con o senza la supervisione del fisioterapista.

Va ricordato che la rieducazione può essere:

- *di tipo intensivo*, se le condizioni generali e la capacità collaborativa del paziente consentano un rilevante impegno esecutivo che preveda circa due ore di lavoro (il programma in questi termini prevede anche un adattamento progressivo all'autogestione delle attività della vita quotidiana);
- *di tipo estensivo*, se l'espletamento del recupero avviene con altre modalità (in ambulatorio, nelle residenze sanitarie assistenziali o a domicilio); comporta mi-

nor carico quotidiano di lavoro, procede in termini personalizzati ed è motivata da situazioni contingenti di co-mor-

bilità e/o scarsa responsività psico-biologica o ambientale, che impediscono l'attuazione del programma intensivo.

Tabella 1

PRINCIPI GENERALI DI RIABILITAZIONE

La gestione del paziente successiva all'intervento deve essere personalizzata e tenere conto:

- delle sue condizioni generali; tali fratture sono infatti frequentemente associate ad altre patologie d'organo che complicano la guarigione, quali per es. il diabete, le patologie cardiovascolari e quelle renali;
- delle sue condizioni mentali;
- delle condizioni precedenti al trauma per stabilire l'indipendenza funzionale e soprattutto la presenza di eventuali limitazioni alla deambulazione (deambulazione normale, deambulazione limitata all'ambiente domestico, deambulazione possibile solo con ausili o impossibilità a deambulare);
- delle caratteristiche della frattura;
- della stabilità dell'osteosintesi interna.

Obiettivi immediati

- prevenire i pericoli derivanti dall'immobilizzazione a letto (es. tromboflebite, emboli polmonari, piaghe da decubito, polmoniti);
- recuperare un'articolazione indolore, entro limiti precauzionali;
- recupero della funzione muscolare (trofismo, coordinazione, elasticità, ecc.);
- recupero di una corretta postura;
- addestramento ai cambi posturali, ai trasferimenti, alla stazione eretta, allo schema del passo.

Obiettivi finali

- recupero di un corretto schema deambulatorio (nei limiti delle possibilità del paziente);
- autonomia nella deambulazione;
- salita e discesa scale;
- autonomia nello svolgimento delle principali attività della vita quotidiana;
- prevenzione delle cadute.

Considerazioni particolari

- in caso di paziente sottoposto a intervento di endoprotesi, utilizzare nelle prime fasi un cuscino, per mantenere l'abduzione. e prendere tutte le precauzioni possibili (evitare l'adduzione, la flessione superiore a 90° e l'intrarotazione) così da ridurre i rischi di lussazione dell'impianto protesico;
- le fratture del segmento distale del femore spesso interessano l'articolazione del ginocchio e per tale motivo la prognosi è più grave; la maggior parte dei pazienti, dopo tale frattura, non recupera (o difficilmente) la completa articolazione; di questo devono esserne subito informati, a partire dall'inizio del protocollo riabilitativo.

La continuità di cura nella persona anziana con frattura di femore: l'integrazione ospedale - territorio

di Elena Biagini e Rita Maricchio

Il Distretto, attraverso i propri servizi territoriali che costituiscono il Centro di Coordinamento dell'Assistenza Primaria, viene coinvolto direttamente nella gestione delle persone anziane con esiti di *frattura di femore* per svolgere un ruolo di coordinamento tra il reparto di degenza e le agenzie territoriali. Per gli specifici adempimenti possono essere coinvolti: il medi-

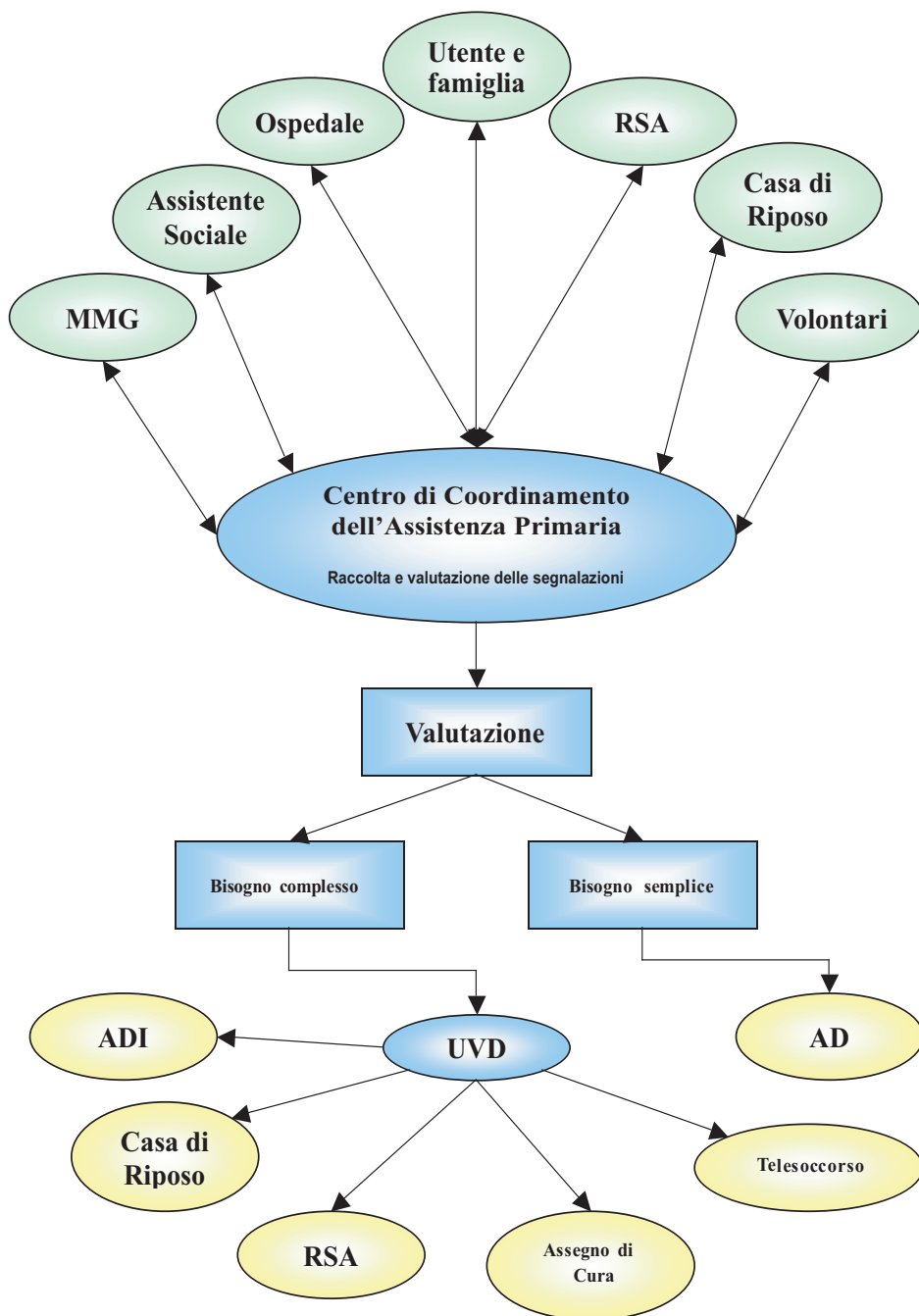
co di medicina generale; il Servizio infermieristico domiciliare, il S.R.D., la Residenza sanitaria assistita; il Servizio sociale del Comune; il Dipartimento di Prevenzione – Ufficio Invalidi ecc. Il modello della rete dei servizi è quello che meglio garantisce all'anziano le risposte più appropriate alle specifiche necessità e la “continuità assistenziale nel tempo”.



Figura 1

FLOW CHART "INGRESSO DELL'UTENTE NELLA RETE DEI SERVIZI"

Elaborazione dottoressa Mara Pellizzari*



Appendice 1

MODELLO ORGANIZZATIVO ADI

La rete assistenziale è articolata a diversi livelli:

- 1) L'Ospedale;*
- 2) le Strutture Intermedie;*
- 3) l'Assistenza Domiciliare Integrata.*

È l'infermiere dell'unità di degenza che deve effettuare una prima valutazione della persona e attivare le risorse adeguate a dare una risposta pertinente ed efficace ai bisogni di salute della persona.

L'infermiere del CeCAP (Centro di Coordinamento dell'Assistenza Primaria), dopo un primo screening valutativo e dopo un accurato scambio di informazioni con l'Unità Operativa, potrebbe decidere di:

- 1) favorire il rientro al domicilio attraverso l'attivazione dei servizi assistenziali territoriali;*
- 2) decidere per l'accoglimento in RSA previa consultazione del MMG dell'assistito;*
- 3) convocare l'UVD se il caso presenta particolare complessità.*

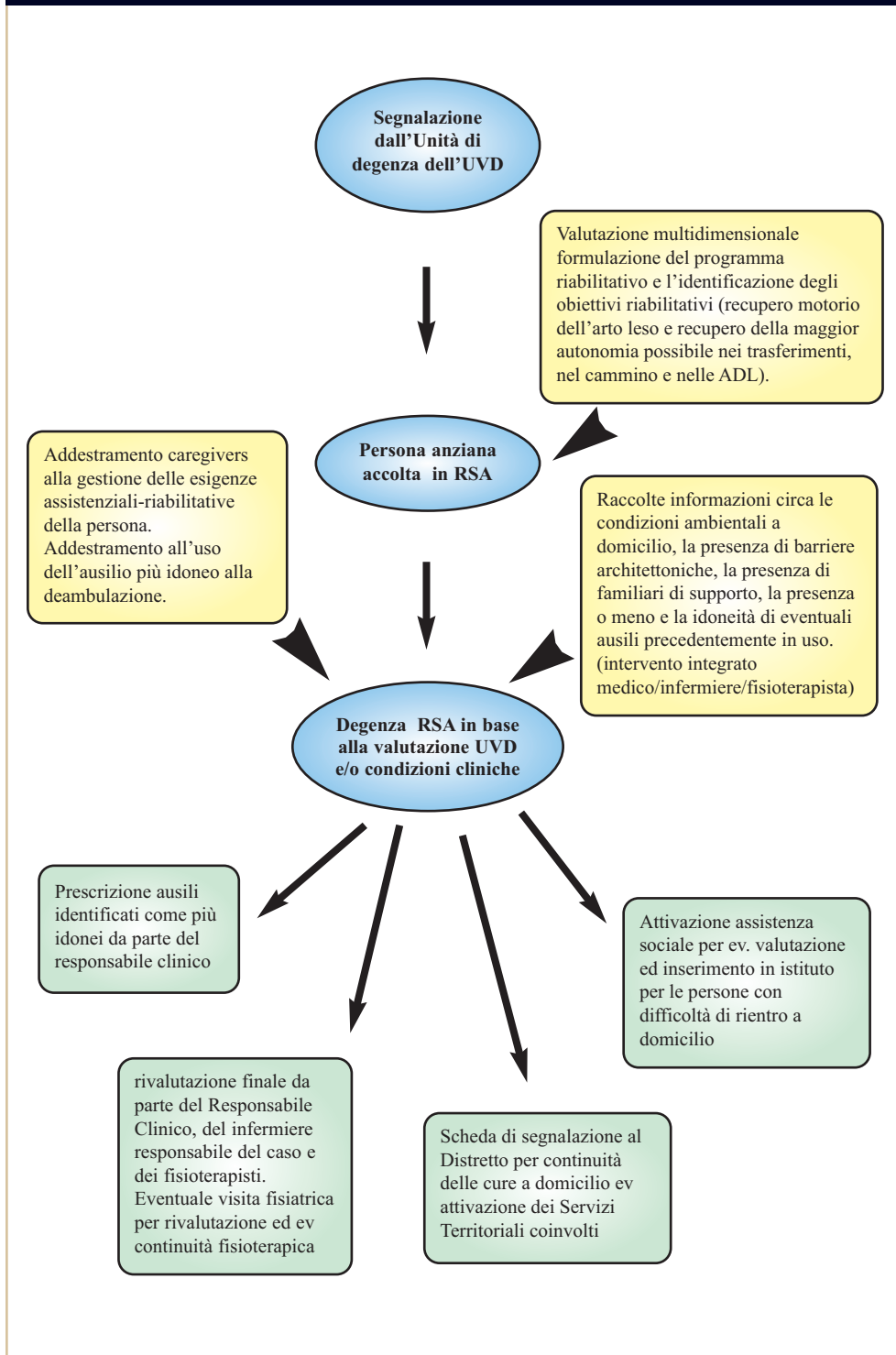
L'iter per l'accesso degli utenti ai servizi territoriali prevede nella maggior parte dei modelli organizzativi le seguenti fasi:

- segnalazione*
- raccolta della domanda*
- accoglimento e prima valutazione della domanda*
- visita congiunta*
- pianificazione*
- intervento assistenziale*
- valutazione*



Appendice 2

LA FASE RIABILITATIVA IN RSA PER L'ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE



Appendice 3

PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE

Dopo 10 giorni circa di ricovero in RSA è prevista una valutazione intermedia al fine di capire se gli obiettivi di partenza stanno per essere raggiunti o meno.

Si discute su alcuni punti fondamentali per organizzare se necessario una dimissione protetta:

- *Qual è il grado di autonomia raggiunto dal paziente? Le funzionalità residue possono essere ancora potenziate? Se sì con quali strumenti e interventi?*
- *L'eventuale ausilio utilizzato per la deambulazione è appropriato rispetto alla stabilità/capacità di movimento raggiunto?*
- *Qual è il grado di collaborazione familiare? È necessario attivare i servizi sociali?*
- *È necessario riconvocare l'UVD per organizzare una dimissione protetta?*
- *Il paziente è stato adeguatamente istruito, informato?*
- *Vi sono barriere architettoniche domiciliari che impediscono il rientro al domicilio in condizioni di sicurezza?*

In base alle risposte date a questi quesiti, in sede di riunione interdisciplinare (composta dal responsabile clinico, dal fisiatra del territorio, dal referente infermieristico e dalla fisioterapista) si decide di:

- *inviare la scheda di segnalazione per l'UVD e l'eventuale scheda di continuità fisioterapica;*
- *inviare al Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con i famigliari e l'assistente sociale del Comune di provenienza, le pratiche per l'eventuale richiesta di invalidità civile e la richiesta di ausili o presidi eventualmente prescritta dal fisiatra.*

Prima di procedere alla dimissione è necessario accertarsi che:

- *i presidi prescritti siano presenti al domicilio della persona;*
- *i servizi territoriali abbiano ricevuto la segnalazione;*
- *i famigliari abbiano ricevuto tutte le informazioni necessarie per mettersi in contatto con tali servizi e che sappiano il giorno e l'ora del primo accesso (per quanto riguarda il servizio riabilitativo domiciliare entro 3 giorni lavorativi dalla data di dimissione);*
- *al domicilio ci siano tutti i farmaci attualmente assunti dal paziente (in caso negativo dare il dosaggio per uno o due giorni).*

Assistenza sul territorio

La riabilitazione territoriale può essere attivata sia dall'RSA che direttamente dal reparto ospedaliero dove la persona si trova ricoverata.

Essa si realizza o a livello ambulatoriale oppure a livello domiciliare.

Non appena la persona rientra al domicilio gli operatori sanitari accertano il grado di autonomia raggiunto dal paziente, le funzionalità residue suscettibili di ulteriore potenziamento, il contesto di vita del paziente e il grado di collaborazione familiare.

Il piano di assistenza domiciliare è sovrapponibile a quello previsto all'interno dell'RSA insistendo maggiormente su questi punti:

1. *continuare il recupero dell'articolarietà e della forza muscolare;*
2. *assistere e insegnare ulteriormente al paziente ad eseguire autonomamente i passaggi posturali;*
3. *monitorare e/o migliorare lo schema del cammino;*
4. *adattare il programma riabilitativo all'architettura della casa apportando le eventuali modifiche ambientali per:*
 - facilitare la gestione del paziente non autosufficiente;*
 - diminuire lo stress assistenziale a carico della famiglia;*
 - favorire il mantenimento del maggior grado di autonomia funzionale raggiunto dal paziente.*

Erogazione dei presidi

L'ausilio, o meglio la tecnologia d'ausilio, è sempre più un elemento indispensabile per permettere alla persona disabile e alla persona anziana di poter condurre una vita autonoma. Tuttavia, l'ausilio da solo non è sufficiente: altrettanto indispensabile diventa un servizio dove si può accedere per avere informazioni sugli ausili, una consulenza, la possibilità di vedere e soprattutto provare gli ausili con l'assistenza di operatori che mettono a disposizione la loro competenza.

La scelta dell'ausilio è un momento importante per una persona perché da questa scelta può essere influenzata la sua vita e quella di chi vive intorno a lei, pertanto non è una scelta da fare in fretta semplicemente consultando un catalogo o per averne sentito parlare; essa necessita di un processo di maturazione personale, di accettazione della disabilità e di volontà di acquisizione di una nuova autonomia che a volte richiede vere e proprie scelte di vita. L'ausilio deve tener conto di tutte le esigenze della persona, deve considerare l'ambiente in cui la persona vive, le persone con cui vive e gli altri ausili che utilizza. Perciò esso deve avere le seguenti caratteristiche¹:

- *competenza*: deve essere adatto all'attività da svolgere e permettere alla persona di svolgerla con efficacia;
- *contestualità*: deve essere adatto all'ambiente in cui si deve svolgere l'attività e accettato dall'ambiente stesso;
- *consonanza*: deve essere adatto all'utente che lo utilizza, quindi deve tener conto delle sue risorse e delle sue difficoltà e deve rispettare le sue scelte e la sua personalità.

Il primo impatto con gli ausili è molto importante perché dai risultati di questo approccio deriva spesso il modo di porsi dell'utente di fronte alla tecnologia d'ausilio. Una prima esperienza negativa, con la quale non si è ottenuto altro che un aumento delle frustrazioni, può mettere la persona nella condizione di ritenere impossibile per lui una qualsiasi forma di autonomia con le conseguenze che ciò può avere sulla sua reintegrazione nell'ambiente familiare e sociale in cui vive.

Le persone già riconosciute come invalidi civili o istanti in attesa di accertamento per il riconoscimento dell'invalidità civile hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica ai sensi del DM 27 agosto 1999 n. 332 del Ministero della Sanità.

Prescrizione dei presidi

La prescrizione dei dispositivi protesici agli aventi diritto deve essere redatta da un medico specialista del Ssn, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità.

La prima prescrizione di un dispositivo protesico deve comprendere:

- una diagnosi circostanziata, che scaturisce da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;
- l'indicazione del dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, completo del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
- un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente: il significato terapeutico o riabilitativo; le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo; le possibili controindicazioni; le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico.

Autorizzazione alla fornitura dei presidi

L'autorizzazione alla fornitura del presidio prescritto è rilasciata dall'Ufficio Invalidi Civili del Dipartimento di Prevenzione, previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati dal nomenclatore, nonché, nel caso di forniture successive alla prima, del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo.

Fornitura dei presidi

La fornitura comprende sia presidi riciclati, sottoposti a sanificazione e revisione, sia presidi nuovi.

Al momento della consegna il destinatario o un suo delegato firma un documento in cui dichiara di ricevere il presidio in comodato d'uso e si impegna a mantenerlo in buono stato nonché a restituirlo in caso di mancato utilizzo.

1. (Mainini, Ferrari, Zini, 1982)

Per la fornitura di presidi nuovi, l'utente ha la possibilità di scegliere la Ditta fornitrice se essi sono inclusi nell'elenco n.° 1 del DM n. 332/99, mentre i presidi inclusi negli elenchi n.2 e n.3 del succitato DM possono essere acquistati dall'A.S.S. mediante trattativa privata.

Collaudo

Il collaudo, previsto dall'art. 4 comma 10 del D.M.332/99, accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è effettuato, entro 20 giorni dalla data di consegna, dallo specialista prescrittore o dalla sua unità operativa. Il collaudo dei dispositivi erogati ad assistiti non deambulanti viene effettuato presso la struttura di ricovero o a domicilio.

Procedure di erogazione dei presidi per l'incontinenza

La persona che necessita di presidi per incontinenza stabilizzata accede al servizio tramite prescrizione specialistica (come da art. 4 del DM 27 agosto 1999, n. 332) o in alternativa tramite prescrizione del proprio medico di medicina generale e successiva conferma da parte del medico fisiatra del territorio.

Tale prescrizione deve attestare le patologie che determinano l'incontinenza nonché tipologia, codice classificazione ISO e quantitativo massimo mensile dei presidi.



Bibliografia

- Adami A, Angeli A, Cambia P, Fitto F, Guida G, Piscitelli P, Rossigni M. *Incidence and socioeconomic burden of hip fractures in Italy*. Reumatismo, 2005; 57(2):97-102
- American Geriatric Society, British Geriatric Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Guideline for the prevention of falls in older person*. JAGS 2001; 49:664-672
- Anzivino F, Zurlo A. *Le cadute dell'anziano in residenza: inquadramento del problema*. Giorn. Geront. 2001; 49:813-820
- Artioli G, Copelli P. *Assessment infermieristico. Approccio orientato alla persona*. Poletto Ed., 2005
- AA.VV. *Le cadute*. McGraw-Hill, 1996; 1336-1343
- AA.VV. *Linee guida diagnostico-terapeutico-assistenziali-riabilitative nell'Azienda n.5 Bassa Friulana*. Palmanova 2003
- Barnhart HX, Wolf SL, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T and the Atlanta FICSIT Group. *Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of tai chi and computerized balance training*. J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44:489-497
- Berggren D, Brannstrom B, Bucht G, Gustafson Y, Nyberg L. *Falls leading to femoral neck fractures in lucid older people*. J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44(2):156-60
- Black D, Cummings SR, Rubin SM. *The future of hip fractures in the United States*. Clin. Orthop. 1990; 252:163-76
- Boonen S, Autier P, Barette M, Vanderschueren D, Lips P, Haentjens P. *Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study*. Osteoporos Int. 2004; 15:87-94
- Browner WS, Pressman AR, Nevitt MC, Cummings SR. *Mortality following fractures in older women. The study of osteoporotic fractures*. Arch. Intern. Med. 1996; 156:1521-5
- Bulechek G, Dochterman J, Johnson M, Maas M, McCloskey Moorhead S, *Diagnosi infermieristiche, risultati, interventi*. Ed.italiana a cura di Rigon L, Rizzo C. Casa Editrice Ambrosiana, 2005
- Burtler M, Norton R, Campbell AJ, Lee-Joe T, Robinson E. *Circumstances of falls resulting in hip fractures among older people*. J. Am. Geriatr. Soc. 1997; 45(9):1108-12
- Campion G, Cooper C, Melton LJ. *Hip fractures in the elderly: a world-wide projection*. Osteoporos Int. 1992; 2:285-9
- Carpenito LJ. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, Casa Editrice Ambrosiana, 2003
- Carpenito LJ. *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*. Casa Editrice Ambrosiana, 2004
- Carter Y, Cryer C, Donovan S, Feder G. *Guidelines for the prevention of falls in people over 65*. BMJ 2000; 321:1007-1011
- Clinical evidence, una sintesi delle migliori prove di efficacia*, Centro Cochrane Italiano, 2001; 1
- Cumming R, Gillespie LD, Gillespie WJ, Lamb SE, Rowe BH. *Interventions for preventing falls in elderly people*. The Cochrane Library, 2002
- Cumming R, Gillespie LD, Gillespie WJ, Lamb SE, Rowe BH. *Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1998, Issue 1
- Dizien O, Held JP. *Rieducazione dell'emiplegia*. Emc, Roma-Parigi
- Estes E, Hindmarsh J. *Falls in older persons: causes and interventions*. Arch. Intern. Med. 1989; 149

- Factors on calcaneal quantitative ultrasound: the Esopo study.* Osteoporos Int. 2003; 14:198-207
- Federazione Ipasvi. *Il modello di analisi della complessità assistenziale.* In *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica*, I Quaderni de l'Infermiere, n.7/2003
- Fuller GF. *Fall in the elderly.* Am. Fam. Physician, 2000; 1,61(7):2159-68
- Gruppo Formazione Triage, *Triage infermieristico*, McGraw-Hill, 2000
- Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. *Mortality and morbidity after hip fractures.* BMJ 1993, 307:1248-50
- Jaeger PH, Lippuner K, Perrelet R, Bosshard H, Von Overbeck J. *Incidence and direct medical costs of hospitalizations*
- Manuale BtlS (Basic Trauma Life Support). *Linee guida 2002 dell'Irc*
Medicina Riabilitativa, 26455 A10, 4.8.09 – 20p.
- Miller CW. *Survival and ambulation following hip fracture.* J. Bone Joint Surg. Am. 1978; 60:930-4
- Nanda. *Diagnosi Infermieristiche definizione e classificazione 2003–2004.* Casa Editrice Ambrosiana, 2005
- Negri F. et Al. *Programma di prevenzione delle cadute in una popolazione di anziani in residenza sanitaria assistita*, Centro Geriatrico Cremonese "F. Soldi", Giorn. Gerontol. 2001; 49
- Pitacco G, Silvestro A. *Area critica.* Atti del XI Congresso nazionale Federazione Ipasvi, Firenze 1999
- Pitacco G, Silvestro A. *Il Modello della complessità assistenziale.* Atti del XII Congresso nazionale Aniarti, Bologna 2003
- Rodriguez D. *La responsabilità e il triage infermieristico.* Aniarti, Scenario, n. 3/1999
- Salvioli G. *Fratture del femore ed anziani: un problema crescente.* Giorn. Gerontol. 2004; 52:113
- Tibbitts GM. *Patients who falls: how to predict and prevent injuries.* Geriatrics, 1996; vol. 51, n.9
- Tinetti ME et Al. *A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly living in the community.* N. Engl. J. Med. 1994; 331:821
- Tinetti ME et Al. *Risk factors for falls among elderly persons living in the community.* N. Engl. J. Med. 1994; 331:821
- Tinetti ME, Speechley M. *Prevention of falls among the elderly.* N. Engl. J. Med. 1989; 320:1055-1059
- Wilkinson J. *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC.* Casa Editrice Ambrosiana, 2004
- Wilkinson J. *Processo infermieristico e pensiero critico.* Casa Editrice Ambrosiana, 2003

Finito di stampare nel mese di luglio 2006