

QUALITÀ: PROBLEMI LEGATI ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON FRATTURA FEMORALE

G. Arioli, M. Manfredini, C. Paroli

Dipartimento di Riabilitazione. Unità Operativa di Riabilitazione Divisione di RRF e Reumatologia, Az. Osp. "C. Poma", P.O. "Destra Secchia" Pieve di Coriano - Mantova

INTRODUZIONE

La frattura di femore è una delle complicanze più drammatiche dell'osteoporosi, con importanti ripercussioni sul sistema sanitario, socio-economico e sulla qualità della vita dei pazienti.

In Italia, ogni anno, si verificano circa 78.000 fratture femorali legate all'osteoporosi (International Osteoporosis Foundation 2001). La mortalità in fase acuta sfiora il 5%, raggiungendo il 25% ad un anno dalla frattura ed è stato calcolato che il rischio di morte per frattura di femore è sovrapponibile a quello per tumore della mammella.

Oltre alla mortalità è importante l'impatto sulla disabilità: dopo un anno dall'evento meno della metà dei pazienti riesce a deambulare in maniera autonoma e circa il 20% perde completamente la possibilità di camminare, sviluppando una dipendenza totale (1,2).

In Italia, l'impegno economico per il SSN è notevole; infatti, nei soggetti ultrasessantenni, si eseguono ogni anno circa 33.000 interventi di osteosintesi per frattura di femore e 19.000 sostituzioni parziali dell'anca che, sommati alle sostituzioni totali per frattura, raggiungono un costo complessivo di circa 900 milioni di Euro. A queste spese dovranno essere aggiunti i costi relativi alla riabilitazione, all'assistenza domiciliare, ai farmaci ed i costi indiretti per le giornate lavorative perse, per la mancata produttività dei familiari, per la dipendenza da familiari o assistenti a domicilio e per la disabilità, con un impegno complessivo di circa 1.800 milioni di Euro (3).

In letteratura è riportato un progressivo aumento dell'incidenza delle fratture di femore con un incremento, negli ultimi cinquant'anni, compreso tra l'1% ed il 3% annuo. L'incidenza delle fratture di femore raddoppia ogni quinquennio di età dopo i 65 anni, arrivando a circa 450 fratture ogni 10.000 persone ultraottantenni. Si tratta di una patologia importante, frequente ed in costante aumento, per la quale occorre stabilire precise linee guida gestionali che permettano di ridurre al minimo la disabilità ed i costi ad essa correlati (1,4,5).

E' stato dimostrato che un trattamento riabilitativo nei pazienti operati per frattura di femore riduce le complicanze, migliora la qualità di vita e riduce i costi complessivi valutati a lungo termine (6,7).

PERCORSI RIABILITATIVI

Il recupero del paziente è il risultato di un corretto approccio riabilitativo, che dovrà analizzare le differenti problematiche del soggetto, considerando quelle pre-esistenti alla frattura e quelle emergenti dopo l'intervento. Inoltre, è necessaria la formulazione di una diagnosi e di una prognosi riabilitativa per poter definire un progetto riabilitativo individuale che dovrà tener conto sia dei fattori legati alla frattura (tipo di frattura, tipo di intervento, intervallo di tempo tra frattura ed intervento), sia dei fattori generali relativi alle condizioni di salute del paziente (condizioni psichiche, comorbidità, stato nutrizionale, età) e degli aspetti socio-familiari (residenza a domicilio, con o senza familiari o residenza in comunità, contatti sociali).

Definire una prognosi riabilitativa significa conoscere in anticipo la modificabilità teorica di una disabilità (e gli outcomes che teoricamente si potrebbero raggiungere nel paziente con il tempo medio necessario a raggiungerli) e la modificabilità reale (e quindi gli obiettivi che realmente il paziente può raggiungere) (8,9,10,11).

Dopo la stesura del progetto riabilitativo, si dovrà stilare il programma riabilitativo in cui dovranno essere indicate le modalità di valutazione, gli obiettivi che s'intende raggiungere a breve e a lungo termine e la modalità con cui raggiungere questi risultati (percorso paziente, terapie farmacologiche, riabilitative, ecc.).

In effetti, una corretta individuazione dei percorsi riabilitativi permetterà un più razionale utilizzo della rete dei servizi riabilitativi aziendali e garantirà la massima tutela del paziente. La definizione di questi percorsi riabilitativi dovrà sostanzialmente considerare tre aspetti (12):

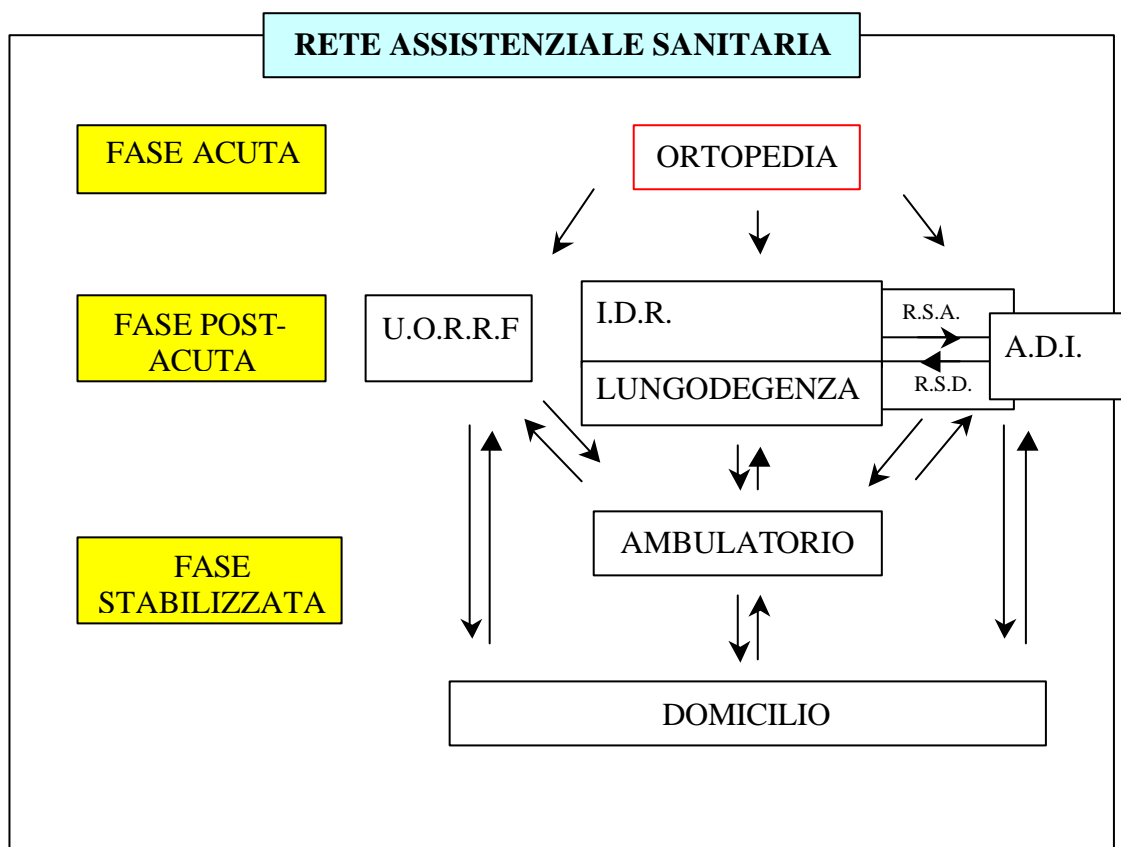
- la necessità di tutela medica, che è in rapporto al grado di stabilità clinico-internistica del paziente ed al grado di complessità della disabilità,
- la necessità di tutela assistenziale, che è correlata ai bisogni di assistenza infermieristica del paziente,
- la necessità di tutela alberghiera, che è in rapporto ai bisogni sociali del paziente.

Questi fattori condizionano il percorso riabilitativo del soggetto che, quindi, secondo le necessità assistenziali, potrà avere una diversa collocazione: in una divisione di R.R.F., per un intervento riabilitativo intensivo, oppure in istituti di riabilitazione (I.D.R.), residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.), residenze sanitarie per disabili (R.S.D.), lungodegenza o in gestione ambulatoriale e domiciliare (ADI), nel caso di un intervento riabilitativo di tipo estensivo. Fondamentale è il tempestivo trasferimento dalla divisione di ortopedia alla divisione di riabilitazione: infatti un rapido approccio riabilitativo nel paziente operato per frattura di femore si correla ad una diminuzione dei tempi di degenza e della spesa totale (13, 14). In una prima fase il trattamento riabilitativo del paziente dovrebbe essere erogato in regime di ricovero per prevenire o monitorare eventuali complicanze conseguenti all'intervento, successivamente il paziente potrà proseguire il trattamento riabilitativo in altre strutture o al domicilio (Fig.1). Garantire la continuità del trattamento riabilitativo nel passaggio del paziente sul territorio richiede spesso procedure complesse, sia per problemi organizzativi, sia per difficoltà di comunicazione tra le diverse strutture riabilitative, sia per problemi socio-familiari.

Individuare un corretto percorso gestionale del paziente con frattura di femore è importante anche per quanto concerne l'aspetto economico e sociale. Infatti, pur essendo indiscutibile la necessità di una strettissima collaborazione tra area sanitaria ed area sociale,

se non si definisce l'ambito di competenza relativo all'attività riabilitativa di tipo prevalentemente sanitario e quello dell'attività riabilitativa prevalentemente di tipo sociale, risulta difficile quantificare il bisogno sanitario e l'impegno economico richiesti dalla situazione contingente. Il sistema di pagamento legato ai DRG ha generato un aumento del numero dei trasferimenti dalle divisioni per acuti alle strutture sanitarie riabilitative di pazienti in condizioni di non completa stabilità clinica. Questo comportamento ha creato un bisogno sanitario variabile con necessità organizzative ed assistenziali diverse in rapporto alla precocità di trasferimento ed alla diagnosi e prognosi riabilitativa del soggetto. Esempificativo è il rilievo in Scandinavia di un incremento del 12% dei costi per il trattamento delle fratture di femore e di una riduzione del 12% del costo per il trattamento della medesima patologia in rapporto al trasferimento del paziente dai reparti di ortopedia ai reparti di geriatria o riabilitazione (15, 16).

Fig. 1 - Algoritmo assistenziale



Legenda: U.O.R.R.F.: Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale
 I.D.R.: Istituto di Riabilitazione
 R.S.A.: Residenza Sanitaria Assistenziale
 R.S.D.: Residenza Sanitaria per Disabili
 A.D.I.: Assistenza Domiciliare Integrata

CONCLUSIONI

In conclusione, le fratture di femore hanno un' importante ripercussione sul sistema sanitario e socio-economico; fondamentale è individuare i percorsi riabilitativi idonei al recupero di un sufficiente livello di autonomia nei soggetti che presentano gli esiti di una grave osteoporosi e conseguente frattura. Si dovranno, quindi, utilizzare razionalmente le risorse che il SSN mette a disposizione della riabilitazione eliminando così gli sprechi, ma considerando con particolare attenzione le peculiari necessità del paziente per favorire un suo possibile ritorno alla vita socialmente attiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Maggi S. Indagine conoscitiva sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica. Dodicesima commissione permanente del Senato della Repubblica. Boldi. Roma, pag 25-28; 2003
- 2) Van Balen R, Steyerberg EW, Polder JJ, Ribbers TL, Habbema JD, Cools HJ. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life and type of residence. *Clin Orthop* 2001, Sep (390): 232-43
- 3) Guida G. Osteoporosi e Fratture. Indagine conoscitiva sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica. Dodicesima commissione permanente del Senato della Repubblica. Boldi. Roma pag 87-95; 2003
- 4) Genant HK, et al. Interim report and recommendations of the world health organization task-force for osteoporosis. *Osteoporos Int* 1999; 10: 259-264
- 5) Wiktorowicz ME, Goeree R, Papaioannou A, Adachi JD, Papadimitropoulos E. Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporos Int* 2001; 12(4): 271-8
- 6) Ruchlin HS, Elkin EB, Allegrante JP. The economic impact of a multifactorial intervention to improve post-operative rehabilitation of hip fracture patients. *Arthritis Rheum* Oct. 2001; 45(5): 446-52
- 7) Scheerlinck T, Opdeweengh L, Vaes P, Opdecam P. Hip fracture treatment: outcome and socio-economic aspects. A one-year survey in Belgian University Hospital. *Acta Orthop Belg.* 2003; Apr 69 (2): 145-56
- 8) Borgquist L, Nordell E, Lindelow G, Wingsrtand H, Thorngren K: outcome after hip fracture in different health care districts. Rehabilitation of 837 consecutive patient in primary care 1986-88. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9:244-251
- 9) Koval K, Skovron M, Aharonoff G, Zuckermanm J: predictors of functional recovery after hip fracture in the elderly. *Clin Orthop* 1998; 348: 22-28
- 10) Svensson O, Stromberg L, Ohlen G, Lindgren U. Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients. *J Bone Joint Surg Br* 1996 ; 78: 115-118

- 11) Di Monaco M, Molino F, Manca M; Prognosis related factors in osteoporotic hip fractures : a retrospective study of 210 patients. In “progressi in riabilitazione”. A. Pasquini e C. Sottini eds, Promodis Italia editrice, vol II: 159-161, 1998
- 12) Rucco V, Vicentini A, Pellegrini E. The rehabilitation project in hip arthroplasty patient. Europa Medicophysica 2003; Vol 39 n 1 March
- 13) Ridge RA, Goodson AS. The relationship between multidisciplinary discharge outcome and functional status after total hip replacement. Orthop Nurs 2000, 19: 71-82
- 14) Weatherall M. Does a delay in transfer to rehabilitation unit for older people affect outcome after fracture of the proximal femur? N Z Med J Dec 2001; 14: 114 (1145): 547-9
- 15) Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, Fiedler RC, Gonzales VA, Granger CV. Prediction of follow-up living setting in patients with lower limb joint replacement. Am J Phys Med Rehabil 2002; 81, 471-7
- 16) Molteni F. Costi e tariffe dei pazienti ricoverati in Riabilitazione in rapporto ai differenti livelli assistenziali ed organizzativi. In: “Organizzazione delle strutture e dei servizi di riabilitazione. Atti del I° convegno nazionale Riabilitazione 2000, Abano Terme (PD) 7-9/5/1998”; pag 221-225