

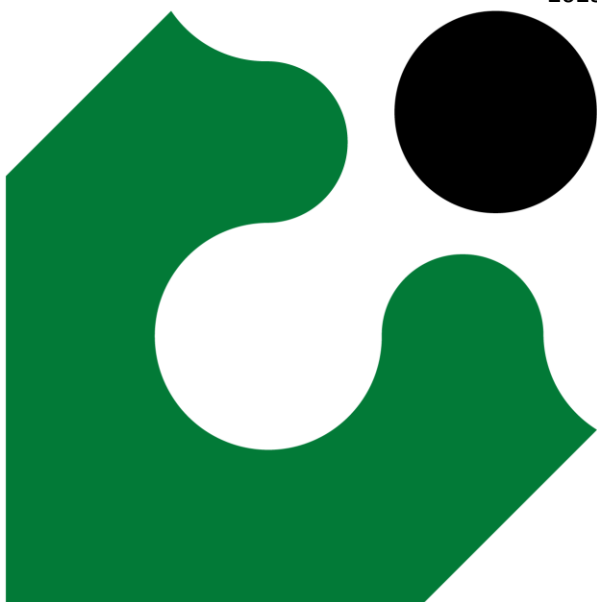


Gestione della dimissione del paziente over 65 con frattura di femore: integrazione ospedale- territorio

Marilde Viale
Laura Maccagni
Alberto Della Grazia
Francesco Cideni

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

2023



GLI AUTORI

Marilde Viale, dirigente medico, ASST Pavia, marilde_viale@asst-pavia.it

Laura Maccagni, dirigente amministrativo, ATS Bergamo, laura.maccagni@ats-bg.it

Alberto Della Grazia, dirigente medico, ASST Gaetano Pini CTO, alberto.dellagrazia@asst-pini-cto.it

Francesco Cideni, dirigente analista, Regione Lombardia, francesco_cideni@regione.lombardia.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Marta Marsilio, Professore Associato, Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright © Polis-Lombardia



Polis-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	p. 3
INTRODUZIONE	p. 4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	p. 9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	p. 10
METODOLOGIA ADOTTATA	p. 14
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	p. 15
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	p. 50
RISULTATI ATTESI.....	p. 53
CONCLUSIONI	p. 54
CONTRIBUTO PERSONALE	p. 57
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	p. 58
BIBLIOGRAFIA	p. 59
SITOGRAFIA	p. 62

INTRODUZIONE

Al fine di rappresentare il Progetto in parola è necessario introdurre il nuovo contesto normativo regionale e non solo, nel quale nasce e si sviluppa come processo di miglioramento ed efficientamento della presa in carico del paziente con un avvicinamento all'assistenza domiciliare e al territorio.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha avviato un profondo rinnovamento di tutte le linee di attività in conseguenza della pandemia da Covid-19.

In particolare, il Governo, con la missione 6 del Piano, ha inteso investire su due direttrici sulla salute: da un lato le reti di prossimità attraverso la realizzazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità CdC, Ospedali di Comunità OdC e Centrali Operative Territoriali COT), dall'altro l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del sistema sanitario nazionale.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato, inoltre, introdotto il concetto di Casa come primo luogo di cura della persona.

Il prossimo obiettivo è riservato all'implementazione dei servizi di Assistenza Domiciliare, che dovranno garantire, entro il 2026, la presa in carico almeno del 10% delle persone over 65 anni. A tal proposito si rende necessaria una profonda riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare orientata a potenziare l'offerta degli erogatori pubblici.

In questo contesto è stata approvata dal Consiglio Regionale la Legge regionale n. 22 del 14/12/2021 che ha profondamente innovato il sistema sanitario, in particolare nella sua componente di assistenza territoriale e di prossimità per avvicinare la sanità ai cittadini al fine di rispondere alla necessità, evidenziata dalla pandemia, di potenziare le strutture di prossimità aumentando nella capillarità.

In ragione di quanto sopra descritto per Regione Lombardia è stata prevista l'attivazione di:

- n.216 Case della Comunità con un investimento complessivo pari a 355 milioni di euro;
- n.71 Ospedali di Comunità con un investimento complessivo pari a 170 milioni di euro;
- n.104 Centrali Operative Territoriali con un investimento pari a 42 milioni di euro.

Il cronoprogramma regionale, definito nella D.G.R. n. 5068 del 22.07.2021, ripreso nella L.R. n. 22/2021 prevede l'attivazione entro il 2022 del 40% delle CdC e degli OdC programmati, entro il 2023 del 30% ed entro il 2024 del restante 30%.

La numerosità delle nuove strutture dovrà garantirà la presenza capillare su tutto il territorio, a tal fine la DGR n. 4811 del 31.05.21, anche in relazione alle indicazioni del PNRR, prevede di individuare:

- almeno una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa;
- almeno un Ospedale di Comunità per ogni ASST e, a tendere, il completamento della rete secondo le indicazioni del PNRR (un ospedale ogni 150.000 abitanti circa);
- almeno una COT ogni distretto (una COT ogni 100.000 abitanti circa).

Le Case della Comunità

Le Case della Comunità sono strutture fisiche facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento che, adottando meccanismi di coordinamento strutturale a rete, promuovono un modello integrato e multidisciplinare di intervento e costituiscono sedi privilegiate di progettazione di interventi di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, seguendo un modello organizzativo di prossimità. L'organizzazione implementata deve consentire l'attività d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri di Famiglia e di Comunità, altri professionisti della salute e Assistenti Sociali, al fine di consentire anche il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento. Rispetto all'approccio multidisciplinare la Casa della Comunità favorisce:

- una presa in carico olistica attraverso la costruzione di progetti e percorsi personalizzati;
- un benessere comunitario attraverso l'offerta di servizi individuati a partire dai bisogni espressi dal contesto territoriale; offerta che potrà, per questo motivo, essere differenziata nel territorio in relazione alle specificità delle comunità;
- una ricomposizione delle risorse e un loro efficientamento, superando le segmentazioni attualmente presenti in funzione dei bisogni individuali e comunitari rilevati;
- la promozione di reti sociali a supporto/integrazione dei percorsi di presa in carico.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Le Case di Comunità Hub hanno una funzione di riferimento territoriale con ampia dotazione di servizi, le Case di Comunità Spoke sono Case di Comunità caratterizzate da dimensioni ridotte, da un collegamento con la casa Hub ed è prevista l'attivazione di servizi di base. In entrambe le tipologie è prevista l'erogazione di servizi tramite la telemedicina (televisita, teleconsulto, telerefertazione, telemonitoraggio).

Di seguito lo schema dei servizi obbligatori e facoltativi previsti nei modelli organizzativi Hub e Spoke di cui al D.M. n. 77/22.

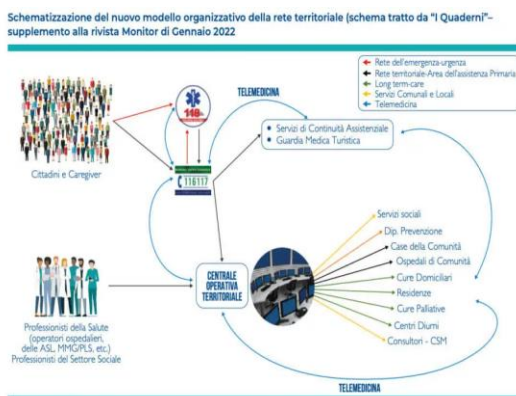


Tabella 1: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (Fonte: Tavolo Tecnico Agenas-Regioni - documento sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" – DM 77/2022)

Nell'ambito dell'attività distrettuale sono compresi servizi di degenza post acuti, di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Le CdC sono un nodo centrale della rete dei servizi territoriali, sia rispetto al governo della domanda (funzioni di medicina di iniziativa, presa in carico, accesso unitario, filtro di accesso e indirizzo dei pazienti) sia rispetto al governo dell'offerta (lavoro multiprofessionale, integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, coordinamento tra sociale e sanitario).

Con DGR 5872 del 24/01/2022 "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio", la Direzione Generale Welfare introduce e mette a disposizione del territorio il nuovo sistema digitale regionale che dovrà essere realizzato come nuova soluzione applicativa, unica e centralizzata, per supportare gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio e nel concreto funzionamento delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Di seguito i principali processi supportati in avvio:

- Gestione del Punto Unico di Accesso (PUA) per l'accoglienza del paziente e la presa in carico delle situazioni di fragilità;
- Valutazione dei bisogni semplici e complessi;
- Definizione del Progetto Individuale;
- Attuazione del Progetto Individuale, attraverso l'attivazione dei nodi della rete sociosanitaria coinvolti, grazie al supporto della Centrale Operativa Territoriale (COT) per l'attivazione dei diversi servizi;
- Recepimento dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) elaborati dai servizi sociosanitari attivati;
- Monitoraggio dell'attuazione del Progetto Individuale, attraverso la connessione con i sistemi dei gestori per recepire gli eventi e le informazioni correlate alla realizzazione dei PAI di struttura.

Condivisione del diario multidisciplinare, strumento che riporta le attività eseguite dagli attori coinvolti.

Gli Ospedali di Comunità

Il PNRR individua gli Ospedali di Comunità quali strutture sanitarie di ricovero breve afferenti alla rete d'offerta dell'assistenza territoriale, destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica.

Svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto. L'OdC è dunque dedicato a pazienti che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile al domicilio, con patologia acuta minore o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con prognosi di risoluzione a breve termine e degenza indicativamente di 15-30 giorni. Solo in casi eccezionali e motivati da situazioni cliniche non risolte, potrà essere previsto il prolungamento della degenza.

Le strutture sono dotate di norma di un minimo di n. 20 posti letto, fino ad un massimo di n. 40 posti letto. L'assistenza medica è programmata o su specifica necessità.

L'OdC contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure, contribuendo sia alla riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, ad esempio gli accessi al pronto soccorso, sia facilitando la transizione dalle strutture ospedaliere per acuti verso il domicilio.

I pazienti potranno accedere tramite differenti percorsi: direttamente dal domicilio, da Pronto Soccorso, da reparti ospedalieri o da strutture residenziali territoriali.

L'OdC può avere sede propria o essere collocato in una Casa della Comunità, in un POT, in poliambulatori, presso presidi ospedalieri parzialmente riconvertiti o presso strutture socio-sanitarie residenziali (RSA) (Riferimento Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale – DM 77/2022).

Le centrali operative territoriali (COT)

Le centrali operative territoriali (COT) e integrazione di CdC e OdC nel nuovo assetto delle reti Sociosanitarie.

La Centrale Operativa Territoriale svolge una funzione di supporto al coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

Tra le funzioni attese dalle COT potranno avere particolare rilievo:

1. il Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
2. il Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
3. il Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
4. il Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
5. il Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto Sanità territoriale e strategia di welfare: dalla pandemia a una governance di "nuova normalità".

Al fine di svolgere le sue funzioni la COT deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche oltre a specifici standard organizzativi e di risorse professionali.

Il sostegno al corretto funzionamento dell'organizzazione e dei processi di COT e CdC, caratterizzati dalla gestione integrata di un portafoglio servizi estremamente articolato e dal bisogno di dare al

cittadino/paziente una risposta adeguata al bisogno di cura e di benessere, richiede la disponibilità di un'architettura tecnica e di un sistema informativo in grado di:

- rispondere alle specificità organizzative e logistiche di ogni territorio/distretto e della sua rete di offerta in modo "flessibile, dinamico ed adattativo";
- connettere tutte le strutture presenti nel territorio e tutti i device per pazienti ed operatori, con particolare riferimento agli infermieri di famiglia;
- utilizzare i dati raccolti per una innovativa gestione clinica ed organizzativa dei pazienti basata anche su strumenti di "intelligenza artificiale e machine learning".

Il "nuovo sistema informativo, integrato e dedicato alla gestione di CDC e COT", deve mettere a disposizione in modo permanente, aggiornato in tempo reale, certificato e strutturato, le informazioni in formati fruibili e rielaborabili da tutti i servizi erogati siano essi sanitari, sociosanitari, sociali e deve essere in grado di garantire una corretta:

- gestione Informativa a supporto della governance e dell'operatività e del raccordo con l'ATS;
- visione Olistica della domanda di salute del cittadino;
- mappatura e Gestione delle Unità d'Offerta su tutto il territorio di riferimento;
- gestione integrata ed ottimizzata dei percorsi di cura e di assistenza;
- gestione integrata ed interoperabile della Telemedicina per l'erogazione dei servizi remotizzabili quali televisita, telediagnosi, teleconsulto, tele-riabilitazione, ecc.;
- integrazione con i sistemi informativi «legacy» dei soggetti gestori/erogatori.
- integrazione con i sistemi informativi dei OdC;
- integrazione con i sistemi informativi centrali regionali e della rete di Emergenza-Urgenza.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il gruppo di lavoro ha concordato di sviluppare i punti di criticità della presa in carico completa del paziente over 65 con frattura di femore, con patologie prevalente suscettibile di recupero funzionale in dimissione protetta, al fine di renderli facilmente traducibili in documenti implementativi e protocolli clinico-organizzativi, creando un modello di management del paziente fratturato, non solo basato sulla buona pratica clinica, ma che possa essere una strategia unitaria e standardizzata finalizzata a conseguire una migliore integrazione tra ospedale e territorio, che comprenda tutti gli operatori sanitari coinvolti nella presa in carico anche delle possibili complicanze legate all'allettamento.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Le cadute nell'anziano fragile sono uno dei problemi primari di sanità e di spesa pubblica. La frequenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età, la prevalenza è superiore nel sesso maschile fino ai 75 anni, quando la situazione si capovolge interessando maggiormente il sesso femminile. Le cadute sono la prima causa di infortuni tra i soggetti di età superiore ai 65 anni. Circa il 30% dei soggetti viventi a domicilio riporta almeno una caduta all'anno e tale percentuale sale al 50% considerando i soggetti ultraottantenni e gli istituzionalizzati. Inoltre il 50% dei pazienti solitamente riporta cadute multiple. A seguito di una caduta il 60% dei pazienti riporta una ridotta mobilità, il 25% rimane funzionalmente più dipendente; il 40% di quelli che si recano in PS vengono ricoverati e almeno il 95% delle fratture di femore sono dovute a cadute. Nell'anziano fragile, in cui vi è un alto rischio di cadute, bisogna considerare non solo la presenza di osteoporosi come outcome negativo per una conseguente frattura, ma anche altre possibili cause di cadute e quindi di fratture: la presenza di sarcopenia, malnutrizione e conseguente deficit di vitamina D e calcio, disturbi dell'equilibrio e della marcia e le stesse condizioni domestiche in cui vive il paziente, a cui bisognerebbe fare continue raccomandazioni e messe in allerta. Pertanto, la "fragilità", così dibattuta nella letteratura geriatrica, è una condizione di rischio elevato di outcome sfavorevoli che condizionano un significativo peggioramento della qualità della vita. La definizione si riferisce a quei soggetti di età avanzata, affetti da patologie croniche multiple, frequentemente disabili e con stato di salute instabile, in cui l'invecchiamento e le malattie sono spesso complicati da sono spesso complicati da problematiche socio-economiche. Questi fattori comportano un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale ed un ingente consumo di risorse.

La valutazione del deterioramento funzionale quale la vulnerabilità latente, su cui fondare i possibili trattamenti assume un carattere di promozione della qualità di vita e prevenzione della salute ed esistono già riscontri della sua efficacia nel contenere morbilità e mortalità (Monteserin 2010, Daniels 2010).

È indubbio che l'autosufficienza rimane uno dei parametri fondamentali per giudicare il bisogno di assistenza.

Lo studio "The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony" *Nat Aging*, 36–46 (2021) Fried, L.P., Cohen, A.A., Xue, Q.L. et al., prende in esame una popolazione femminile di età compresa tra 70 e 80 anni, valutando 8 marker clinico-laboratoristici a controllo dei sistemi associati alla fragilità fisica: IL-6 per il sistema infiammatorio; l'emoglobina per l'anemia; IGF-1, DHEAS ed emoglobina glicata per il sistema endocrino; deficit di micronutrienti e l'adiposità del corpo per l'ambito nutrizionale; la velocità di movimenti fini per il sistema muscolo-scheletrico. Si è visto come la presenza simultanea di più markers alterati, indipendentemente da quali essi fossero, si associa fortemente alla presenza di fragilità. In particolare, il rischio di fragilità è 4,8 volte maggiore rispetto al soggetto sano per la presenza di 1-2 marker alterati; 11 volte superiore per 3-4 marker alterati, 26 volte superiore in presenza di 5 marker o più.

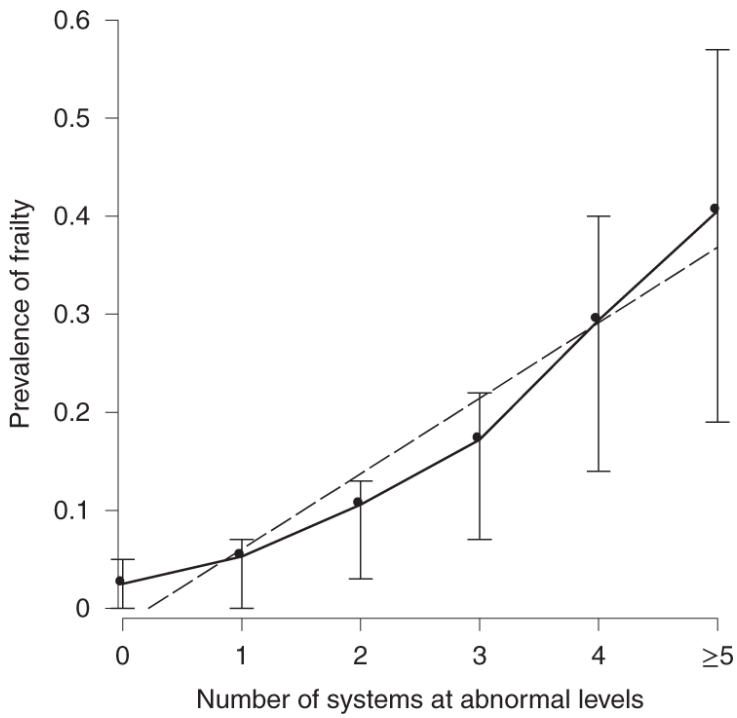


Fig. n.1. Alterazione dei parametri e incremento della fragilità

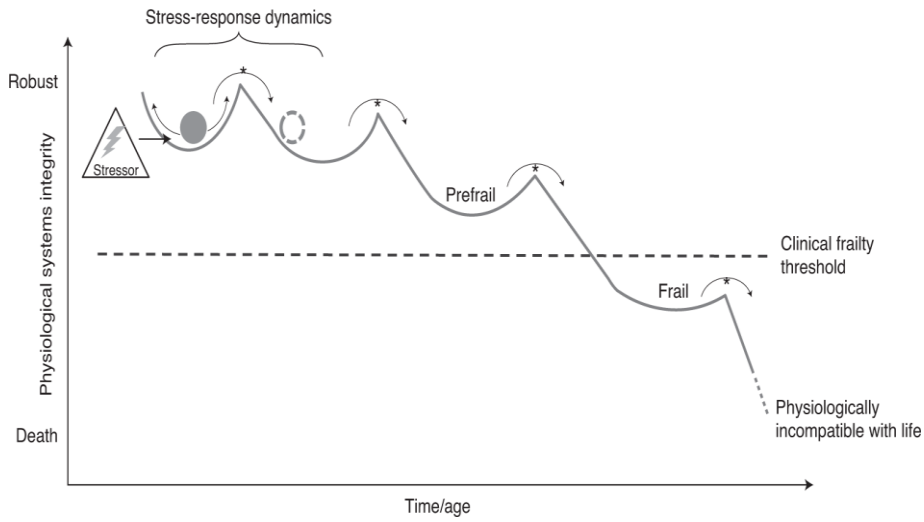


Fig n.2. Ipotesi sullo sviluppo della fragilità

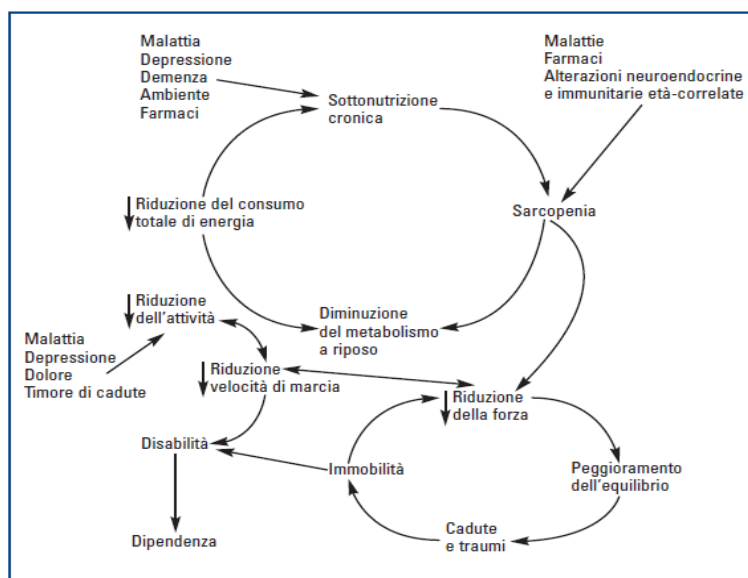


Fig n.3. Ciclo della fragilità

Per fare un esempio, la sezione sulla sorveglianza di popolazione dell'Istituto Superiore della Sanità, Passi d'Argento considera alcune condizioni peculiari della popolazione ultra 65enne, come la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età e ne ha rappresentato il profilo secondo i tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia Active Ageing dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza. Le informazioni raccolte inerenti la salute e prevenzione sono: la salute percepita, la soddisfazione per la propria vita, la qualità della vita connessa alla salute (unhealthy days), i sintomi di depressione (Patient Health Questionnaire-2) la presenza di patologie croniche e l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana (ADL e IADL), la presenza di problemi sensoriali (di vista, udito, masticazione), **le cadute**, l'uso dei farmaci, la vaccinazione antiinfluenzale e fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, consumo di frutta/verdura, eccesso ponderale o perdita di peso involontaria, attività fisica (con lo strumento specifico PASE).

Approfondendo i dati italiani nel periodo 2020-2021 relativi alle cadute e percezione del rischio negli anziani, il dato che emerge di EpiCentro ISS risulta il seguente.

		Italia n = 17924	
	% media	IC95% inf	IC95% sup
Cadute *	6.5	5.9	7.2
Ricovero per caduta **	12.8	9.3	17.4
Paura di cadere	36.3	35.2	37.4
Cadute in casa	54	50.7	63
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	32	30.8	33.1
Uso presidi anticaduta ***	71.1	69.9	72.3
Consiglio medico ****			

* = Cadute avvenute nei 30 giorni precedenti l'intervista

** = Persone cadute nei 30 giorni precedenti l'intervista che a seguito della caduta hanno subito un ricovero di almeno un giorno

*** = Almeno 1 presidio usato in bagno tra fra tappetini, maniglioni o seggiolini

**** = Consiglio da parte di un medico o altro operatore su come evitare le cadute

Fig n. 4. Caduta e percezione del rischio negli anziani

Traducendo i dati in una stima percentuale, calcolata prendendo in considerazione le dimissioni ospedaliere dal 2019 ad oggi, pari a circa 12.000 pazienti (modalità di dimissione = 1-Ordinaria; 2-Volontaria; 5-Dimissione ordinaria in RSS; 9-Dimissione domiciliare con attivazione ADI), essa risulta essere intorno al valore del 70 % che corrisponde a circa 8.400 pazienti/anno che potrebbero ricevere benefici dal progetto presentato.

Il target dei beneficiari non comprende esclusivamente la popolazione anziana, ma tutto l'assetto clinico-assistenziale nel momento in cui il percorso risulta più ordinato e più standardizzato. Pertanto la CdC diventa il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità in cui tutti i professionisti lavorano in modalità integrata e multidisciplinare con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato, non essendo la sanità più pensata a partire dai servizi, ma per aree integrate di bisogni.

METODOLOGIA ADOTTATA

Partendo da uno sguardo sulla situazione italiana in merito alla frattura del femore e anche alle sue complicanze qualora non sia opportunamente trattata (determinanti di performance di una struttura) l'attenzione si è focalizzata sul trend dei risultati regionali in particolare su una delle due strutture iperproduttrici, ossia l'ASST Gaetano Pini – CTO (pubblica), che insieme all'Istituto Ortopedico Galeazzi SpA (privata accreditata), eroga grandi volumi di attività.

Dei pazienti afferenti in PS presso il CTO per frattura di femore si è analizzata la sottopopolazione degli over 65.

Essendo una buona percentuale le dimissioni ordinarie, si è elaborato, tramite analisi dei possibili bisogni, un percorso assistenziale dei pazienti al domicilio, non essendo mai stata sviluppata la presa in carico territoriale.

L'analisi delle fonti è stata effettuata consultando la reportistica messa a disposizione da AGENAS nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute. Sono stati ricalcolati e sviluppati gli approfondimenti utilizzando i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. Il progetto si è sviluppato sul rinnovamento del contesto normativo nazionale, DM n° 77/22 e regionale, DGR n° 6760/22, LR n°22/21.

Pertanto, la riforma sanitaria incentrata sulla casa quale luogo di cura, ha fornito lo spunto per lo sviluppo di questo lavoro.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il contesto: la dimissione del Paziente over 65 con frattura di femore

Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un notevole incremento degli interventi di emi-artroplastica. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Per questi motivi la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore sono operati è un primo importante indicatore per la valutazione dell'efficienza del processo. Tale traumatismo si presenta con maggiore frequenza nella popolazione anziana, convenzionalmente con età maggiore o uguale di 65 anni, che in Regione Lombardia si attesta attorno al 79% (fonte: PNE, dato 2021).

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici per frattura del collo del femore (ovvero quelli trattati con intervento chirurgico), in termini di volumi assoluti riferiti all'intera popolazione nazionale, si può affermare che fino al 2019 si era registrato un progressivo aumento annuale, pari al +5% (figura 1). Successivamente, a fronte di una contrazione delle ospedalizzazioni nel 2020, nel 2021 si è registrato un riavvicinamento alla tendenza pre-pandemica. La riduzione complessiva avvenuta nel biennio 2020-2021 è parzialmente correlata anche a una minore occorrenza di traumatismi, a seguito della minore mobilità della popolazione durante le fasi di *lockdown*.

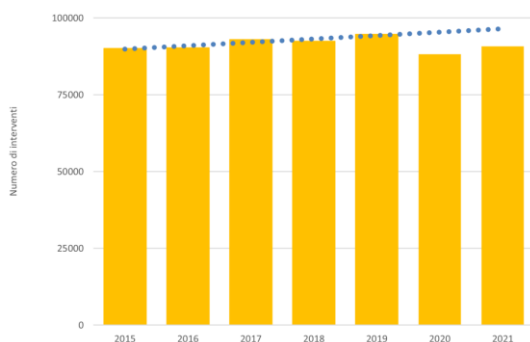


Figura 1: Numero di interventi per frattura del collo del femore. Italia, 2015-2021 (fonte: AGENAS)

Gli stessi volumi riferiti alla produzione lombarda nell'anno 2021 sono pari a 13.298 e rappresentano circa il 15% del dato nazionale. Di questi 10.550 sono riferiti a ricoveri chirurgici per frattura del collo del femore erogati a pazienti over 65.

La compromissione in termini di durata e qualità di vita può essere talvolta estremamente seria e, per tale motivo, una analisi approfondita del processo contempla anche i corrispondenti indicatori di mortalità, rispettivamente valutati a 30 giorni e ad un anno. A tal proposito un dato molto esplicitivo

è riferito alla mortalità media nazionale a 12 mesi dall'intervento pari al 20,6% nell'anno 2021 (fonte: PNE).

L'indicatore: un po' di storia

L'indicatore che valuta la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore sono operati era stato inizialmente selezionato tra quelli di qualità dell'assistenza ospedaliera individuati dall'OCSE, al fine di valutare la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore.

È stato introdotto per la prima volta a livello nazionale nell'anno 2009 dal Ministero della Salute nel contesto della cosiddetta "griglia LEA" (adempimento E del Questionario LEA denominato "*Mantenimento nell'erogazione dei LEA*") ed è stato oggetto, negli anni, di diverse riformulazioni sia nella denominazione sia nella formulazione delle specifiche tecniche di calcolo adottate.

A decorrere dal 2020 è stato mantenuto nella "nicchia" degli indicatori *core* dell'area dell'Assistenza Ospedaliera del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) nella sua declinazione "Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario".

Parallelamente questo indicatore è stato adottato anche da altri sistemi di valutazione dei servizi sanitari regionali, quali ad esempio il Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas e il Sistema di valutazione del Network delle Regioni del Sant'Anna di Pisa.

Gli ultimi dati disponibili, pubblicati dal Ministero della Salute, riferiti all'indicatore *H13C (Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario)* del Nuovo Sistema di Garanzia sono aggiornati all'anno 2021.

In tabella 1 è riportato il dettaglio del trend delle performance regionali, in cui si evince una generalizzata diminuzione delle performance a livello nazionale, accentuata nel periodo pandemico, con un trend in lieve ma costante diminuzione anche nel contesto lombardo.

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

Regione di ricovero	2018	2019	2020	2021
Piemonte	69,9	70,2	67,4	67,6
Valle D'Aosta	75,0	61,7	53,4	62,9
Lombardia	70,7	70,4	67,1	66,3
Prov. Autonoma BZ	70,3	71,4	71,1	76,5
Prov. Autonoma TN	75,0	81,3	77,5	70,4
Veneto	71,6	69,6	69,3	69,3
Friuli Venezia Giulia	71,4	68,8	67,6	57,9
Liguria	57,2	57,3	48,6	44,3
Emilia Romagna	72,2	77,7	72,2	73,0
Toscana	75,7	75,1	69,9	66,5
Umbria	65,6	61,5	53,0	53,5
Marche	66,8	68,2	71,2	73,0
Lazio	65,0	68,9	66,8	70,5
Abruzzo	62,4	64,5	48,1	45,0
Molise	34,4	33,9	35,2	29,7
Campania	56,9	58,8	55,1	55,7
Puglia	64,3	63,6	72,3	72,3
Basilicata	63,4	57,1	40,6	39,7
Calabria	35,1	34,4	42,1	45,1
Sicilia	65,9	67,1	70,4	74,2
Sardegna	56,5	57,1	47,9	40,5

Tabella 1: dettaglio trend Regioni/PPAA indicatore H13C- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (fonte: Ministero della Salute)

Le principali specifiche dell'indicatore

L'indicatore, nella sua formulazione ministeriale denominata "Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario", utilizza il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e considera quali criteri di eleggibilità tutti i ricoveri in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM: 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, in cui sia stata effettuata una sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) oppure una riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

Al fine di limitare i fattori confondenti, sono stati definiti anche i seguenti criteri di esclusione:

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Italia e per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487 (si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico);
- ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a ≤ 1 giorno);

- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle schede di dimissione ospedaliera non è esplicitata la lateralità dell'arto interessato dalla frattura.

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere, l'età e una serie di comorbidità ricercate nel ricovero in esame e in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

A livello normativo si richiama che tale indicatore appare tra quelli citati nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", decreto che dettaglia in termini di volume di attività e di esito quali siano le soglie minime da applicare a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.

In particolare, anche per quanto concerne la procedura chirurgica associata al trattamento della frattura di femore, richiamando la disponibilità di prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure, sono state fissate le soglie minime pari a:

- 75 interventi annui per struttura complessa;
- 60% proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >=65 anni.

Come sopra richiamato la proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni è utilizzato come indicatore anche da parte del Sistema di valutazione del Network delle Regioni del Sant'Anna di Pisa, calcolato direttamente dalle Regioni aderenti al Network e adottando le stesse specifiche tecniche utilizzate dal Ministero della Salute.

Altri indicatori utili per la valutazione inerenti la frattura di femore

Nell'ambito del Programma Nazionale Esiti, gli indicatori associati all'ambito nosologico muscolo-scheletrico della frattura del collo del femore, sono stati individuati diversi indicatori che aiutano a contestualizzare e ben definire in modo analitico il processo analizzato. In dettaglio gli indicatori presenti sono:

- volume di ricoveri (in figura 2 il numero di strutture per classe di volume di attività);
- volume di interventi (ovvero ricoveri chirurgici, in figura 3 il numero di strutture per classe di volume di attività);

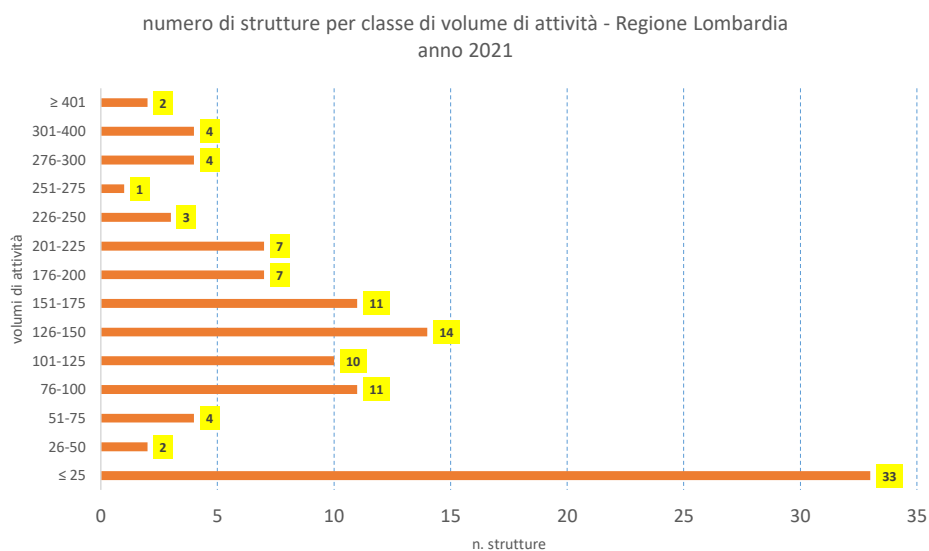


Figura 2: ricoveri per frattura del collo del femore: numero di strutture per classe di volume di attività (fonte: AGENAS)

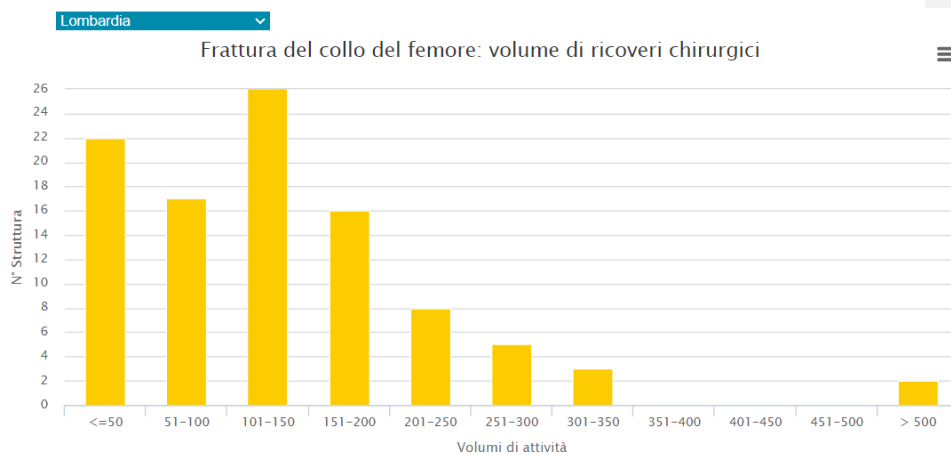


Figura 3: ricoveri chirurgici per frattura del collo del femore: numero di strutture per classe di volume di attività (fonte: AGENAS)

In Regione Lombardia si contano 39 strutture che erogano un numero di ricoveri ≤ 75 e due strutture iperproduttrici, rispettivamente l'ASST Gaetano Pini – CTO (pubblica) con 660 ricoveri nel 2021 e l'Istituto Ortopedico Galeazzi SpA (privata accreditata) con 930 ricoveri nel 2021.

- mortalità a 30 giorni (variabilità per anno e per regione, figure 4 e 5);

- mortalità a 1 anno (variabilità per anno e per regione aggiornate all'anno 2020, figure 6 e 7);

Per quanto riguarda gli indicatori di mortalità si noti come nel benchmarking interregionale le strutture lombarde presentino un valore medio di mortalità a 30 giorni collocato indicativamente nella mediana nazionale, mentre si verifica un leggero arretramento come posizione nella mortalità a 12 mesi.

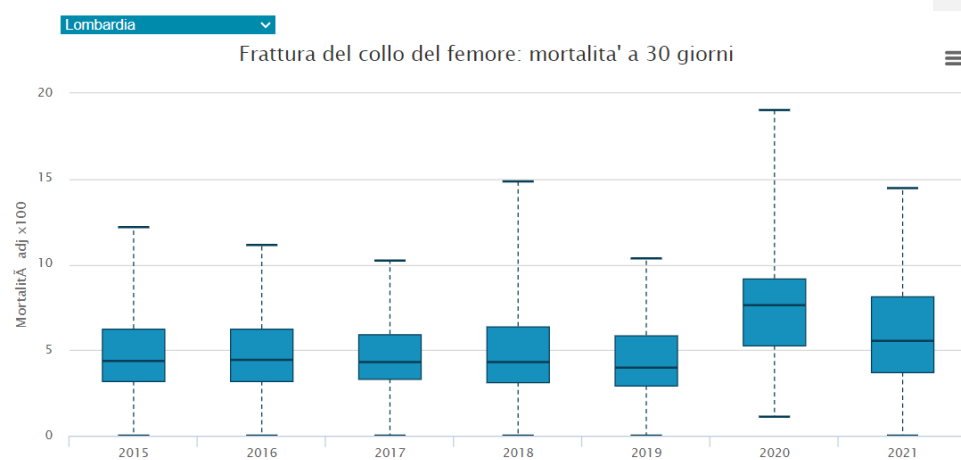


Figura 4: frattura del collo del femore: variabilità per anno della mortalità a 30 giorni - anno 2021 (fonte: AGENAS)

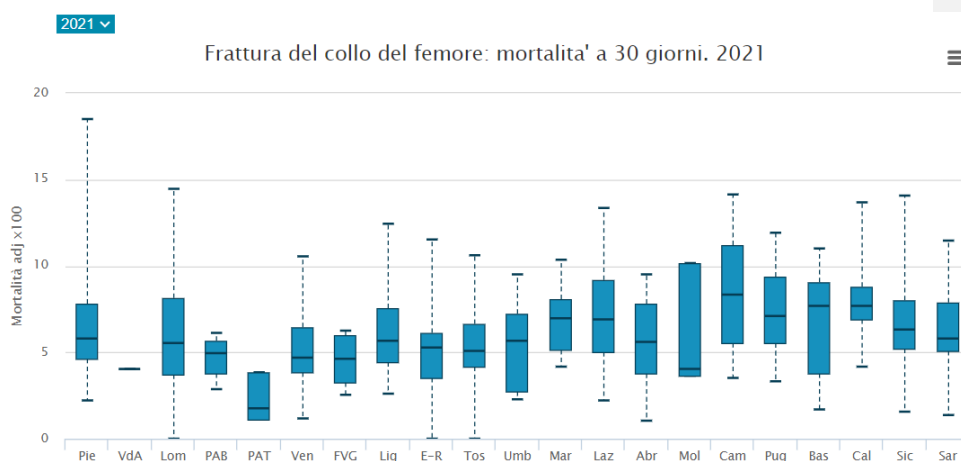


Figura 5: frattura del collo del femore: variabilità per regione della mortalità a 30 giorni - anno 2021 (fonte: AGENAS)

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

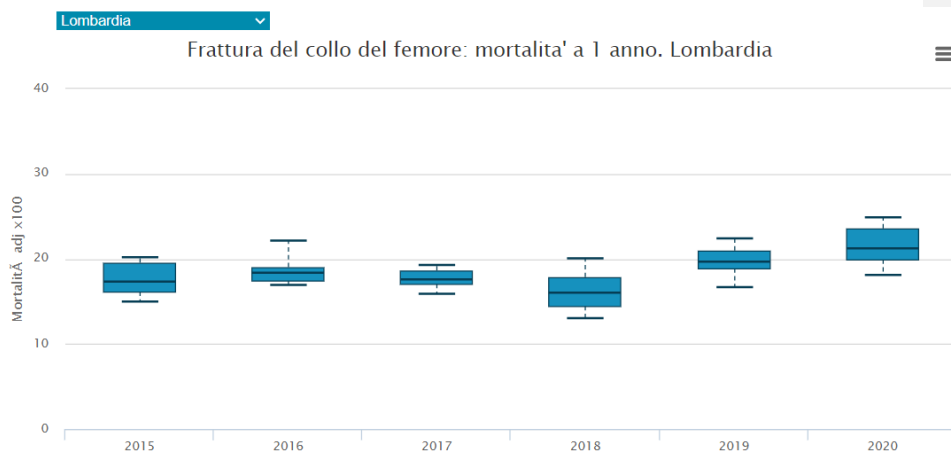


Figura 6: frattura del collo del femore: variabilità per anno della mortalità a 1 anno (fonte: AGENAS)

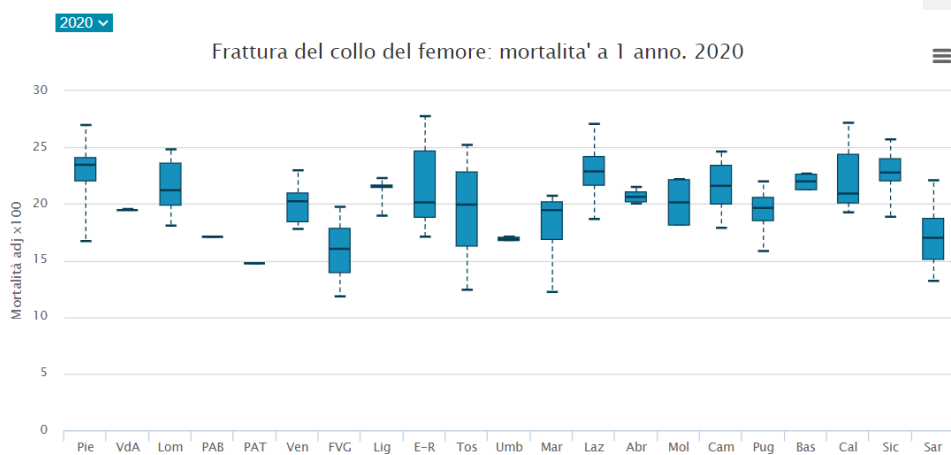


Figura 7: frattura del collo del femore: variabilità per regione della mortalità a 1 anno - anno 2020, ultimo disponibile (fonte: AGENAS)

- ospedalizzazioni (variabilità per anno - valutata per ATS di residenza nel contesto lombardo - e per regione, figure 8 e 9);

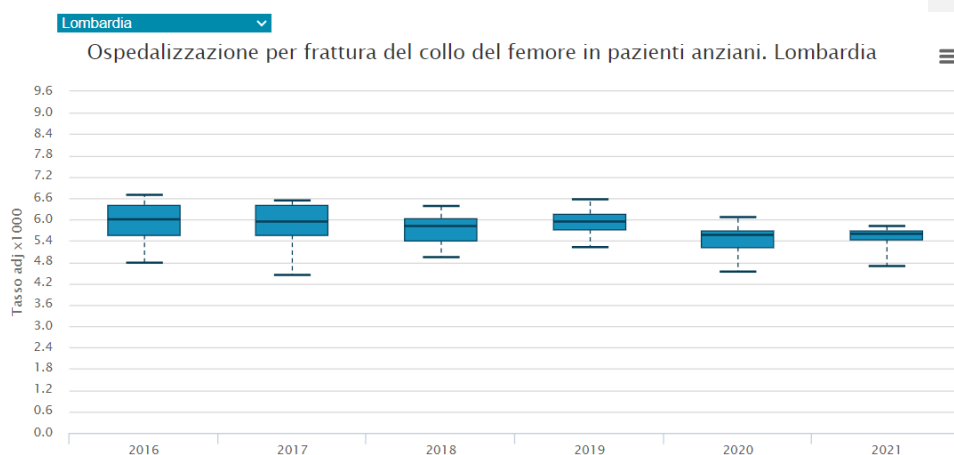


Figura 8: ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani: variabilità per anno (fonte: AGENAS)

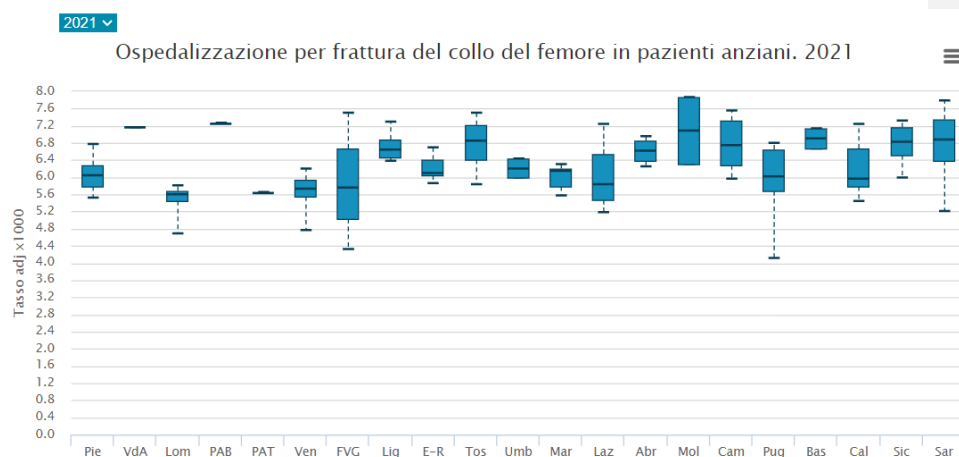


Figura 9: ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani: variabilità per regione (fonte: AGENAS)

- intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero.

Agenas ha proposto una versione rivista dell'indicatore, definendo la finestra temporale espressa in ore, ma con una ulteriore modifica sostanziale: il tempo considerato come accettabile è quello che intercorre a partire dall'ora di ricovero o di accesso in PS nella struttura di ricovero fino all'ora di intervento. Quindi, qualora il ricovero sia preceduto da un accesso in PS, l'indicatore considera per

intero anche il tempo di permanenza in PS, a partire dal triage in ingresso al PS fino al momento dell'effettivo trasferimento al reparto di degenza.

Questo indicatore, afferente all'ambito nosologico osteoarticolare, rientra tra quelli presi in considerazione nel grafico *treemap* (figura 10), sviluppato per consentire una valutazione immediata ed intuitiva in cui le aree cliniche sono proporzionali ai volumi di attività erogati dalla struttura e il colore rappresenta il livello di aderenza agli standard di qualità.

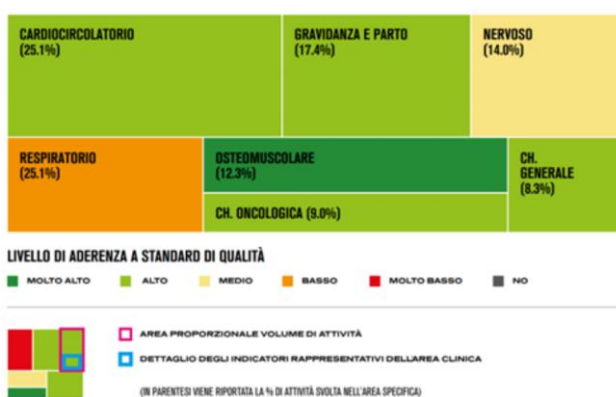


Figura 10: esempio di treemap.

Gli standard di qualità attribuiscono un livello "ALTO" qualora si superi la soglia prevista del 60% e "MOLTO ALTO" con valori di performance maggiori o uguali al 70% (tabella 2).

Area clinica	Indicatore	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
		1	2	3	4	5
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	≥ 70	[60; 70)	[40; 60)	[30; 40)	< 30

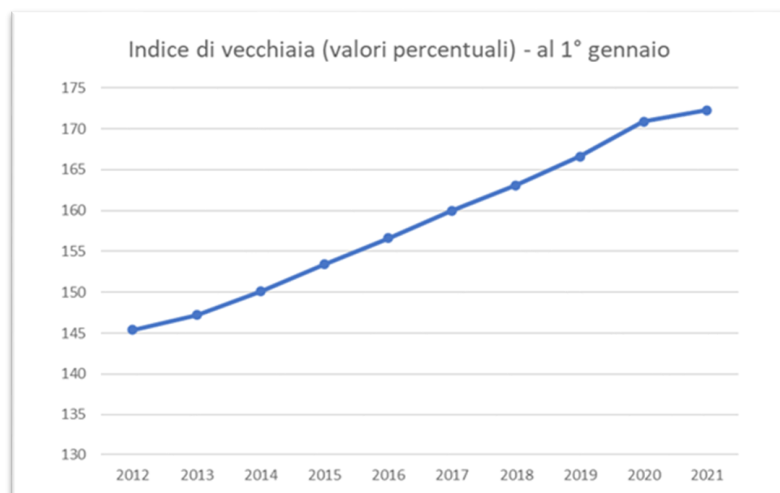
Tabella 2: standard di qualità impiegati da Agenas per la valutazione dell'indicatore nel *treemap*.

L'attenzione al paziente traumatizzato si esplicita nella delibera n. XII / 211 del 03/05/2023 recante *Approvazione del documento tecnico "riorganizzazione rete regionale del trauma" rettifica DGR n. 162/2023*, in cui vengono identificate delle strutture trauma center con servizi e competenze specifiche per la cura del grave traumatizzato. In considerazione del fatto che le problematiche maggiori di overtriage nascono per i pazienti traumatizzati con lesioni muscolo-scheletriche monodistrettuali o minori (tra cui le fratture di femore dell'anziano), nel documento "Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche" che prevede l'istituzione di un Organismo di Coordinamento della Rete, è istituito, con atto della Direzione generale Welfare, l'Osservatorio Regionale per il Trauma Maggiore. Le funzioni dell'Osservatorio Regionale per il trauma maggiore sono prioritariamente:

- garantire l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e professionisti coinvolti nella rete;
- **definire le modalità organizzative di connessione tra i nodi della rete e tra la componente territoriale e l'ospedaliera;**
- verificare la produzione dei PDTA predisposti dalle varie ASST e strutture private accreditate che partecipano alla rete e validarne i contenuti;
- definire gli obiettivi per i SIAT e monitorare il raggiungimento dei medesimi in particolare per quanto riguarda i parametri temporali, assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni. - redigere dei report periodici sul funzionamento della rete per AREU, per i singoli nodi e generali della regione;
- definire i piani formativi nei nodi in relazione al livello di responsabilità rivestita nella rete e verificare l'effettuazione dei corsi previsti per mantenere l'accreditamento alla rete.

La frattura del femore nel paziente over 65

Le FFP nell'anziano rappresentano un evento grave, con un impatto significativo sulla qualità di vita del paziente e ricadute considerevoli in termini di salute pubblica. La tematica appare quanto mai importante se si considerano l'epidemiologia dell'evento e l'andamento di alcuni parametri demografici registrato da qualche decennio in Italia ancor più che in altri paesi industrializzati. Le FFP nell'anziano sono il risultato di una caduta accidentale o di traumi a bassa energia e sono spesso associate a osteoporosi/ridotta massa ossea e ad altre condizioni mediche generali, come insufficienza funzionale degli arti inferiori, morbo di Parkinson e deficit visivo, che possono aumentare il rischio di cadute. Il miglioramento degli standard sociali e delle cure nell'ultimo mezzo secolo ha determinato un allungamento della vita media, con una speranza di vita alla nascita che in Italia si attesta su 80.8 anni per i maschi e 85.2 anni per le femmine. Questa dinamica unita al calo delle nascite, ormai continuo dal 2009, fa sì che attualmente l'Italia sia uno dei paesi più vecchi al mondo, con 173.1 persone di almeno 65 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Complessivamente, gli "over 65" costituiscono il 22.8% del totale popolazione, includendo 2.2 milioni di grandi anziani (≥ 85 anni), che si stima arriveranno a rappresentare più del 12% dell'intera popolazione italiana nel 2050.



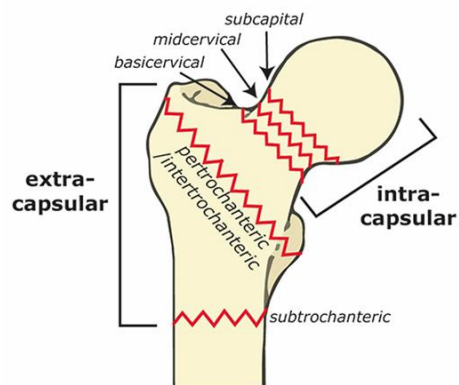
Anche il numero di ospedalizzazioni dovute a frattura del femore risulta in continuo aumento, quale riflesso del numero assoluto di fratture che si verificano in soggetti di età ≥ 65 anni e soprattutto al di sopra dei 75 anni (84.9% dei casi), nella fascia di età in cui aumentano sia la prevalenza dell'osteoporosi sia il rischio di cadute e di traumi a bassa energia, con un rischio più che doppio nelle donne in particolare a partire dai 75 anni. Rispetto al resto del mondo, una revisione sistematica (RS) di 72 studi effettuati in 63 nazioni diverse ha rivelato che l'Italia è tra i paesi a maggior incidenza di fratture di femore, registrando annualmente su 100000 abitanti un'incidenza >300 per le donne e >150 per gli uomini. I dati epidemiologici di questo tipo di fratture variano da una nazione all'altra, ma sebbene l'incidenza standardizzata per età stia gradualmente diminuendo in molti paesi, ciò è di gran lunga superato dall'invecchiamento della popolazione. Pertanto ci si aspetta che a livello globale il numero di fratture di femore continuerà ad aumentare, passando così da 1.26 milioni di eventi registrati nel 1990 a 4.5 milioni nel 2050. Oltre ad aumentare il rischio di mortalità nel paziente anziano la frattura del femore ha un impatto sostanziale, talvolta devastante, sulla qualità di vita, comportando il rischio di riduzione della mobilità e deterioramento dello stato funzionale, con conseguente limitazione o perdita dell'autonomia e impossibilità a tornare alle condizioni abitative antecedenti il trauma. Il rischio di istituzionalizzazione a seguito della frattura del femore aumenta esponenzialmente con l'età, passando da 3.6% nelle donne di età compresa tra 65 e 69 anni a 34.8% in quelle di età ≥ 95 anni. Tale rischio, standardizzato per età, negli uomini è paragonabile a quello conseguente a ictus (7.5% vs 8.0%). L'impatto socio-economico delle FFP in termini di ricaduta sulla salute pubblica è parimenti significativo. È stato dimostrato che incidenza e costi delle FFP dell'anziano in Italia sono paragonabili a quelli relativi all'infarto del miocardio. Benché i costi legati al trattamento delle fratture di femore siano paragonabili a quelli di altre condizioni comuni ad alto tasso di ospedalizzazione, come per l'appunto l'infarto, gli ulteriori costi sociali, derivanti da comparsa di nuove comorbidità, sarcopenia, disabilità e mortalità, sono probabilmente superiori. A fronte dell'evidente rilevanza del problema, la tematica è apparsa quanto mai prioritaria. Inoltre, a dispetto di una presunta

standardizzazione della diagnosi e del trattamento, si osserva ancora una discreta variabilità della pratica clinica nell'affrontare questa patologia.

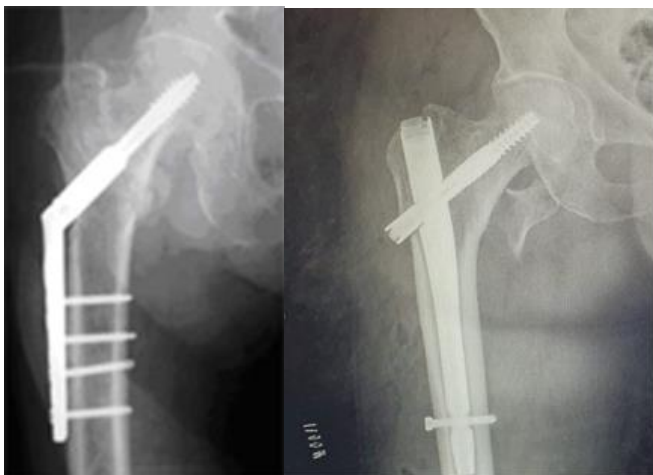
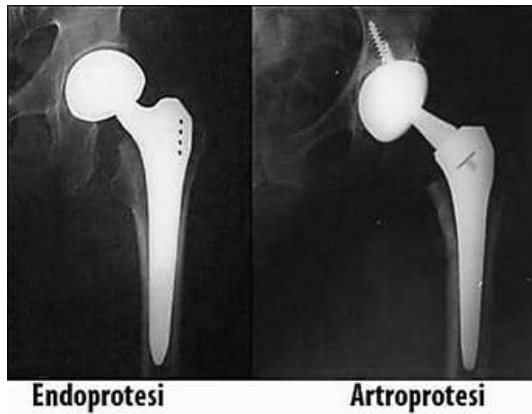
Tempo di attesa pre-operatorio

I pazienti con frattura del femore dovrebbero essere trattati chirurgicamente nel più breve tempo possibile. La tempestività dell'intervento è essenziale in considerazione delle molteplici comorbidità spesso presenti, in quanto si tratta prevalentemente di pazienti anziani, con maggior rischio di complicanze derivanti dalla prolungata immobilità. Un controllo efficace del dolore è fattore determinante nella gestione di questi casi e, dal punto di vista antalgico, l'intervento chirurgico costituisce la forma di trattamento più efficace. Il tempo di attesa preoperatorio è il primo indicatore dell'evoluzione clinica del paziente e costituisce di fatto la sfida principale per la struttura sanitaria, giacché implica il coordinamento tra PS, servizi di ortopedia-traumatologia e anestesia, nonché la disponibilità della sala operatoria (SO), con staff preparato e relativo equipaggiamento. Anche la valutazione preoperatoria richiede capacità e tempistiche adeguate in un'ottica multidisciplinare finalizzata alla rapida stabilizzazione del paziente in relazione a comorbidità e squilibri comuni negli anziani, come anemia, deficit della coagulazione, ipovolemia, disordini elettrolitici ed aritmie. Comunque, la maggior parte di queste condizioni possono essere corrette in 24 ore o, al più tardi, il giorno successivo (entro 48 ore dall'arrivo) se identificate e trattate prontamente.

Proximal femoral fracture types



Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio



Il recupero della mobilità dopo un intervento per frattura del femore prossimale è finalizzato a ripristinare il miglior livello funzionale possibile, con performance per quanto possibile analoghe a quelle antecedenti il trauma e implica in primis la mobilizzazione precoce del paziente in acuzie per riacquisire la capacità di cambiare posizione, stare seduto, stare in piedi e camminare. Dopo il recupero della stazione eretta e la concessione del carico (se non espressamente controindicato), il percorso riabilitativo prosegue senza interruzioni in post-acuzie nel setting riabilitativo più adeguato alle condizioni del paziente, in genere scelto tra riabilitazione intensiva, riabilitazione estensiva/lungodegenza riabilitativa e riabilitazione ambulatoriale o domiciliare.

- a) riabilitazione intensiva (almeno 3 h/giorno per il recupero di disabilità importanti ma modificabili);
- b) riabilitazione estensiva/lungodegenza riabilitativa (almeno 1h/giorno per il recupero funzionale di pazienti non autosufficienti e clinicamente instabili che necessitano di ospedalizzazione);
- c) riabilitazione ambulatoriale o a domicilio (con fisioterapista a casa, spesso rappresenta la naturale prosecuzione dei percorsi riabilitativi integrati precedenti)

A prescindere dal tipo di percorso che si seguirà al termine del ricovero nel reparto di Ortopedia, il primo passo nel recupero della funzione del paziente anziano è comunque costituito dalla sua mobilizzazione precoce, che è segno di qualità dell'assistenza, in quanto potenzialmente in grado di ridurre la durata del ricovero, ovvero le complicanze legate al prolungato allettamento, quali delirium, ulcere da pressione e favorire il ritorno del paziente al suo ambiente di vita normale. Sebbene tale prassi rappresenti per la struttura sanitaria un obiettivo da perseguire, non sono ancora noti tempi, modi, intensità e componenti del programma di riabilitazione ideali per il ripristino delle funzioni.

VOLUMI RICOVERI PER FRATTURA DEL FEMORE - DETTAGLIO PER DRG
Regione Lombardia

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	3.945	3.581	3.594	3.826	2.039
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	3.553	3.266	3.342	3.463	2.073
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	5.765	5.266	5.286	5.342	3.131
Totale	13.263	12.113	12.222	12.631	7.243

⁽¹⁾ gennaio-luglio

DI CUI OVER 65
Regione Lombardia

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	3.784	3.438	3.460	3.667	1.945
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	3.062	2.865	2.922	2.976	1.788
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	5.427	4.966	4.927	4.995	2.928
Totale	12.273	11.269	11.309	11.638	6.661

⁽¹⁾ gennaio-luglio

DI CUI OVER 65 (%)
Regione Lombardia

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	96%	96%	96%	96%	95%
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	86%	88%	87%	86%	86%
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	94%	94%	93%	94%	94%
Totale	93%	93%	93%	92%	92%

⁽¹⁾ gennaio-luglio

Commento:

- la maggior parte di questi ricoveri sono erogati a pazienti over 65;
- importante la casistica dei ricoveri complicati.

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

VOLUMI RICOVERI PER FRATTURA DEL FEMORE - DETTAGLIO PER DRG
struttura: 030912-P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO - MILANO

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	66	70	72	70	43
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	76	102	76	68	23
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	99	127	91	80	19
Totale	241	299	239	218	85

⁽¹⁾ gennaio-luglio

DI CUI OVER 65

struttura: 030912-P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO - MILANO

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	65	70	71	69	41
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	63	90	68	58	22
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	94	122	86	79	19
Totale	222	282	225	206	82

⁽¹⁾ gennaio-luglio

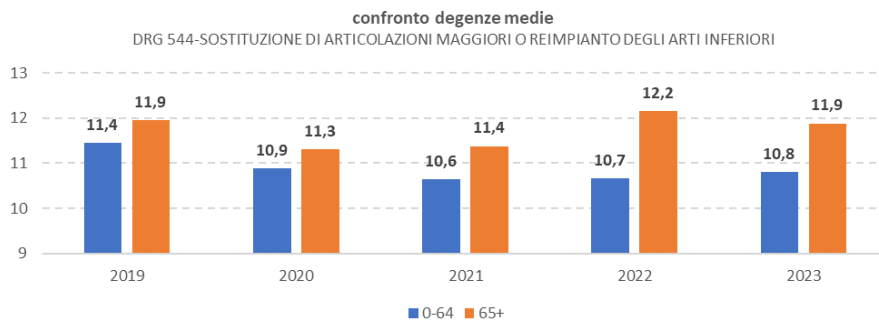
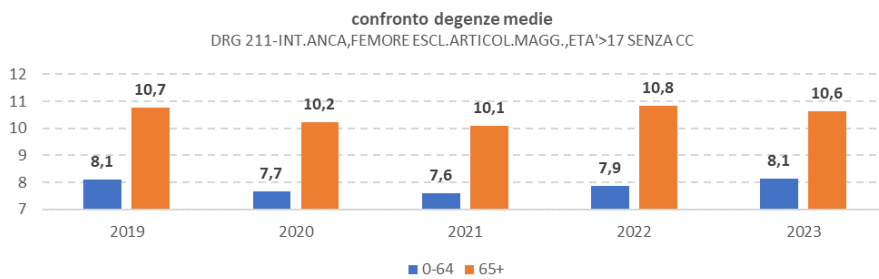
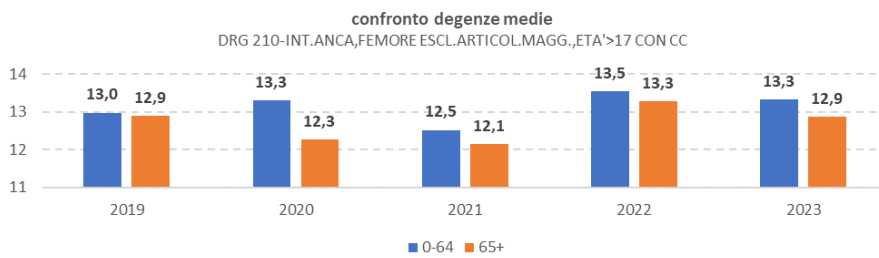
DI CUI OVER 65 (%)

struttura: 030912-P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO - MILANO

DRG	2019	2020	2021	2022	2023 ⁽¹⁾
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	98%	100%	99%	99%	95%
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 SENZA CC	83%	88%	89%	85%	96%
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	95%	96%	95%	99%	100%
Totale	92%	94%	94%	94%	96%

⁽¹⁾ gennaio-luglio

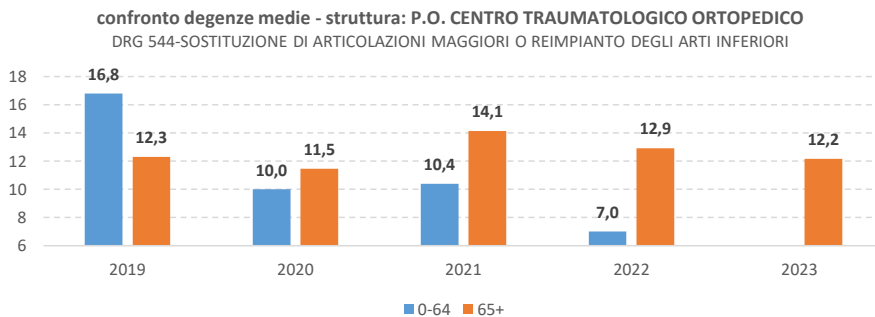
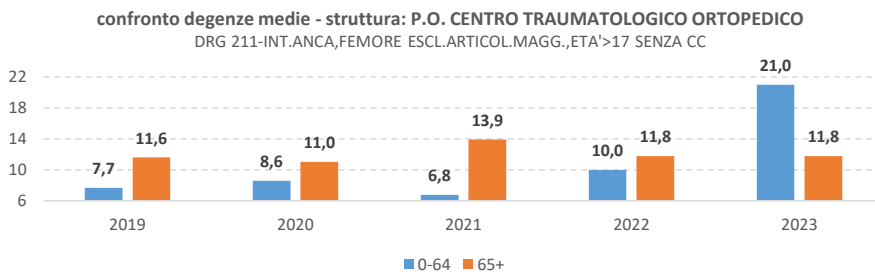
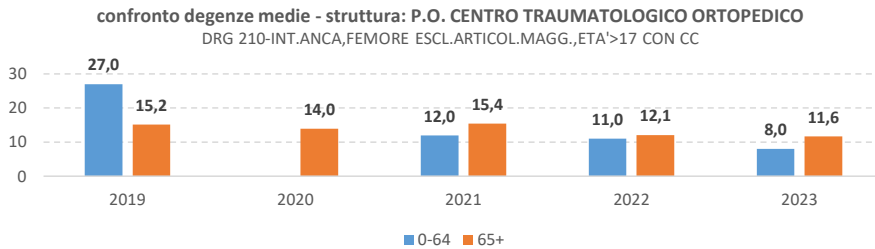
Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio



Commenti:

- nei ricoveri complicati (DRG 210) ci sono delle degenze medie più alte e sostanzialmente sovrapponibili tra le due classi di età;
- nei ricoveri non complicati (DRG 211 e 544) le degenze medie sono inferiori e differenziate in funzione della classe di età: per gli over 65 sono sensibilmente maggiori;
- per la casistica non complicata l'età diviene una determinante importante.

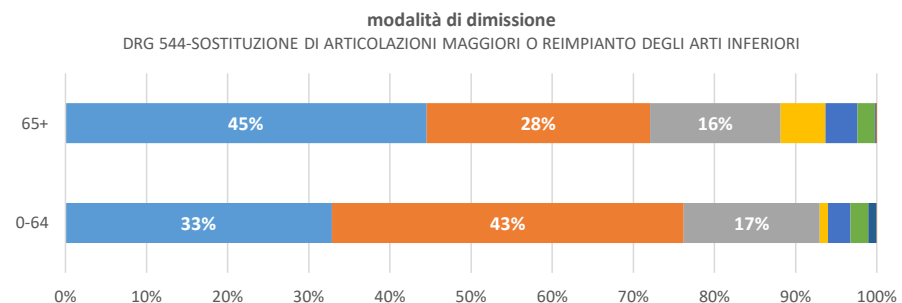
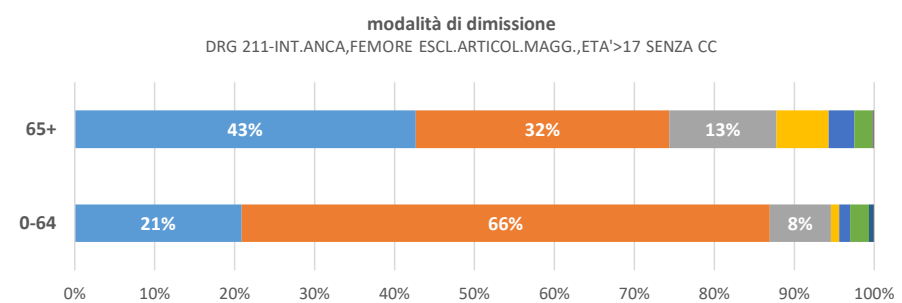
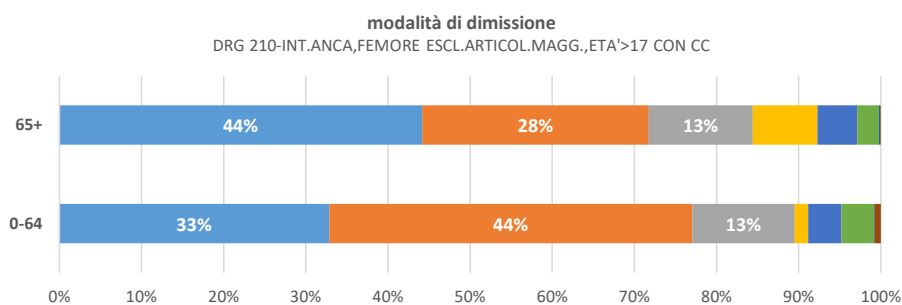
Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio



Commenti:

- nei ricoveri complicati (DRG 210) ci sono delle degenze medie più alte e sostanzialmente sovrapponibili tra le due classi di età;
- i volumi ridotti non fanno emergere le stesse evidenze in termini di differenze di degenze medie tra le due classi 0-64 e 65+ riferite alla casistica regionale.

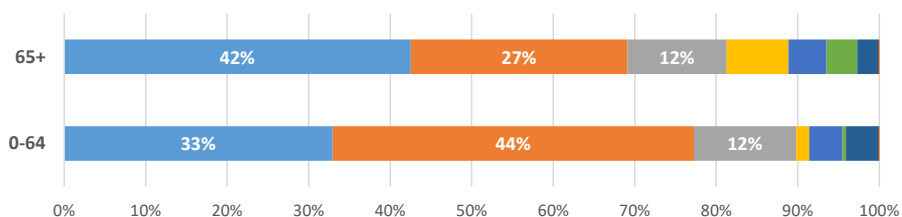
Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio



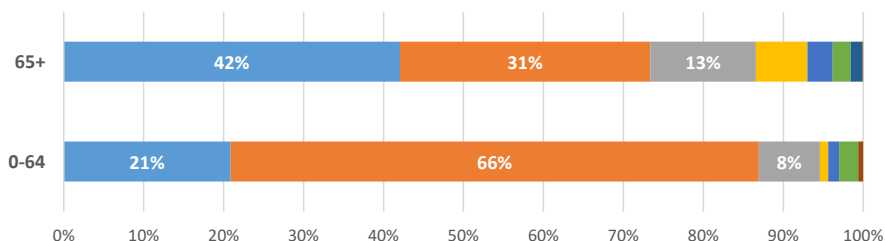
- 8-TRASFERITO AD ISTITUTO CON INIZIO TERAPIA RIABILITATIVA
- 1-ORDINARIA
- 7-TRASFERITO AD ALTRO REGIME O TIPOLOGIA RICOVERO (STESSO ISTITUTO)
- 5-DIMISSIONE ORDINARIA PRESSO UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
- 3-TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE, PUBBLICO O PRIVATO PER ACUTI
- 9-DIMISSIONE ORDINARIA CON ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- 2-VOLONTARIA
- 6-DIMISSIONE E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

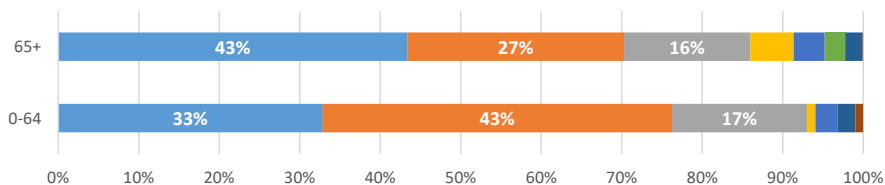
modalità di dimissione - struttura: P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
DRG 210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG.,ETA'>17 CON CC



modalità di dimissione - struttura: P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
DRG 211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG.,ETA'>17 SENZA CC



modalità di dimissione - - struttura: P.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
DRG 544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI



- 8-TRASFERITO AD ISTITUTO CON INIZIO TERAPIA RIABILITATIVA
- 1-ORDINARIA
- 7-TRASFERITO AD ALTRO REGIME O TIPOLOGIA RICOVERO (STESSO ISTITUTO)
- 5-DIMISSIONE ORDINARIA PRESSO UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
- 3-TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE, PUBBLICO O PRIVATO PER ACUTI
- 9-DIMISSIONE ORDINARIA CON ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- 2-VOLONTARIA
- 6-DIMISSIONE E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

valorizzazione economica ricoveri ⁽¹⁾ - anno 2022

<i>drg</i>	<i>importo finanziato</i>	<i>numero ricoveri</i>	<i>importo finanziato medio</i>
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	27.526.589 €	3.826	7.195 €
0-64	1.157.880 €	159	7.282 €
65+	26.368.709 €	3.667	7.191 €
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG.,ETA'>17SENZA CC	16.091.317 €	3.463	4.647 €
0-64	2.266.532 €	487	4.654 €
65+	13.824.785 €	2.976	4.645 €
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	50.647.623 €	5.342	9.481 €
0-64	3.328.864 €	347	9.593 €
65+	47.318.759 €	4.995	9.473 €

⁽¹⁾ non sono stati considerati gli abbattimenti tariffari.

impatto valorizzazione economica ricoveri ⁽¹⁾ oltre valore soglia - anno 2022

<i>Drg</i>	<i>importo finanziato</i>	<i>importo degenza OVS</i>	<i>% importo OVS</i>
210-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG., ETA'>17 CON CC	27.526.589 €	1.247.261 €	4,5%
0-64	1.157.880 €	70.594 €	6,1%
65+	26.368.709 €	1.176.666 €	4,5%
211-INT.ANCA,FEMORE ESCL.ARTICOL.MAGG.,ETA'>17SENZA CC	16.091.317 €	61.648 €	0,4%
0-64	2.266.532 €	6.976 €	0,3%
65+	13.824.785 €	54.671 €	0,4%
544-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	50.647.623 €	802.561 €	1,6%
0-64	3.328.864 €	26.627 €	0,8%
65+	47.318.759 €	775.934 €	1,6%

⁽¹⁾ non sono stati considerati gli abbattimenti tariffari.

Commenti:

- si deduce che le fratture di femore nell'over 65 rappresentano un impegno economico che si avvicina all'importo finanziato
- l'impatto del riconoscimento aggiuntivo per le degenze che si protraggono oltre il valore soglia è abbastanza consistente per il DRG 210 (4,5%), mentre è più contenuto per i DRG 211 e 544.

La casa come primo luogo di cura

Le criticità, nel sistema delle reti di assistenza territoriale, portate drammaticamente in evidenza dalla pandemia da COVID-19, si inseriscono in un contesto di sofferenza complessiva del sistema welfare fatto di servizi assistenziali dedicati alle persone più fragili, che si sono rivelati poco e mal connessi al sistema dei servizi ospedalieri.

L'attuale scenario pone il concetto di prossimità al centro della programmazione nazionale e regionale: la definizione di un diverso modello di sanità territoriale, fondato sull'integrazione fra ambiti sociale e sanitario e sulla partecipazione delle comunità territoriali alla definizione delle politiche e dei servizi. Prossimità che va intesa non solo nella sua dimensione fisica territoriale, ma anche come elemento di natura psicologica, come atteggiamento del sistema dei servizi nella capacità di ascolto, di comprensione dei bisogni espressi e non solo, cui far corrispondere erogazione di prestazioni ad hoc a favore della persona nel suo naturale ciclo di vita lungo il sistema d'offerta formale e informale/solidale presente sul territorio.

Nel quadro del DM 77/2022 e degli obiettivi di PNRR, la stratificazione epidemiologica della popolazione del distretto, la profilazione delle esigenze di cura, la presa in carico e il monitoraggio dei cronici, la valutazione multidimensionale del bisogno della persona fragile e della sua famiglia, il sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche, gli strumenti della co-programmazione co-progettazione con il terzo settore, costituiscono le leve strategiche per concorrere evolutivamente alla realizzazione di un ecosistema territoriale in grado di produrre integrazione dinamica tra i professionisti nella valutazione e nella gestione del bisogno, della risposta al bisogno attraverso servizi e interventi attivati in una logica di prevenzione, proattività, inclusione e continuità assistenziale.

Come previsto nel paragrafo 10) del DM 77/2022 la casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Traposto nella DGR XI/6867/2022, la rete delle cure domiciliari ha nella CdC il proprio luogo di visibilità agli occhi dei cittadini e di eventuale appoggio logistico.

La DGR n°7770/2018 ha avviato l'iter necessario a sviluppare un nuovo modello ADI.

La sperimentazione ha coinvolto l'ATS Brianza con le sue 3 ASST Lecco, Monza e Vimercate ed Enti Gestori Privati erogativi attivi del territorio ed è stato quindi progettato un modello di attivazione ed erogazione che è stato applicato a tutte le nuove prese in carico nel secondo trimestre 2019. In sostanza un gruppo di lavoro integrato multidisciplinare ha analizzato le caratteristiche (patologie principali e secondarie, bisogni rilevati, CIA, prestazioni erogate, tempi e risorse impegnate) delle tipologie di assistenza maggiormente rappresentate all'atto della richiesta di cure domiciliari. I risultati e le proposte del gruppo di lavoro hanno quindi rappresentato la base per la ridefinizione del modello di offerta domiciliare. La sperimentazione ha evidenziato che nel sottogruppo delle persone analizzate nel **17% è stato affrontato un bisogno riabilitativo.**

L'offerta del territorio nella gestione del paziente fragile over 65 con frattura al femore in dimissione

Nel grande capitolo delle cure domiciliari (DGR 3541/2012, DGR 3584/2012, decreto 6032 ,DGR3 851/2012, DGR 3971 nel 2012 e DGR 7770 del 2018) si inserisce la corposa DGR n. XI/6760 del 2 agosto 2022 che rivede in attuazione nel PNRR, l'intero sistema di erogazione dell'assistenza domiciliare affrontando nei tre allegati i nuovi requisiti di esercizio e accreditamento delle cure domiciliari dando attuazione all'intesa del 4/08/2021, la riclassificazione dei profili assistenziali e dei percorsi di cure domiciliari, la standardizzazione dei percorsi prestazionali e la creazione di un modello digitale territoriale regionale. Il tema della programmazione dell'assistenza territoriale viene ripreso nella delibera 7592 del 15 dicembre 2022 e successivamente nella delibera 715 e 717 del 24/07/2023 ove sono riportate le programmazioni della dinamica di assegnazione delle risorse PNRR nel periodo 2023-2025 destinate da RL al Progetto di Sorveglianza Domiciliare, ai fini della implementazione del numero di presa in carico di persone over 65 in cure domiciliari. Pertanto, la Casa di Comunità, all'interno della realtà distrettuale, si colloca come struttura erogatrice di prestazioni.



Definizione del percorso

Il profilo di assistenza al paziente con frattura di femore può essere considerato come percorso distinto in tre fasi principali:

1) FASE pre-ospedaliera, che include il primo contatto con la centrale operativa dell'AREU 112 e le attività sul territorio dei mezzi di soccorso.

I pazienti affetti da fratture del collo di femore sono frequentemente pazienti fragili, che possono presentare delle comorbidità e condizioni di salute generale precarie. La gestione in team della fase preoperatoria per questi pazienti vede un ruolo fondamentale oltre che dell'anestesista della competenza internistico/geriatrica. Gli obiettivi di questa fase sono:

- stabilizzare il paziente;
- fornire l'assistenza medica ed infermieristica necessarie per la valutazione di eleggibilità;
- preparare all'intervento chirurgico per frattura di femore.

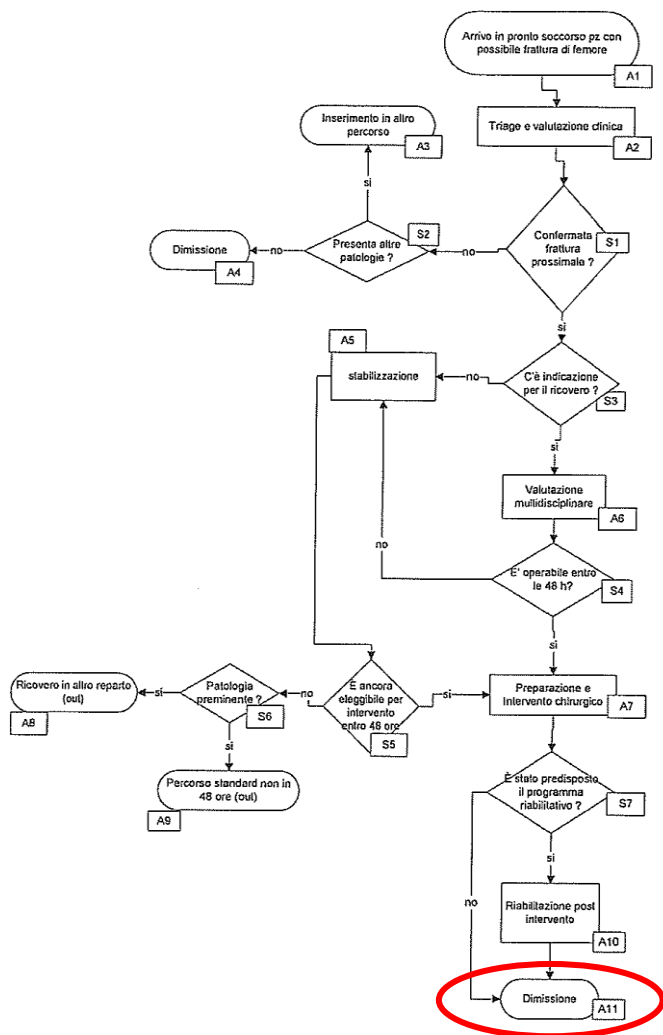
2) FASE ospedaliera, che racchiude l'assistenza iniziale al paziente dopo l'arrivo in pronto soccorso, la gestione peri-operatoria e il periodo pre-dimissione. L'obiettivo di questa fase è quello di fornire l'assistenza medica e infermieristica necessaria per l'intervento chirurgico e la gestione del paziente nel reparto operatorio, fornire assistenza medica, infermieristica e fisioterapica per stabilizzare le condizioni cliniche del paziente operato, evitare le possibili complicanze, riabilitare il più precocemente possibile le funzioni motorie e la deambulazione.

3) FASE di riabilitazione post-acuzie, con la valutazione funzionale del paziente e lo sviluppo del percorso riabilitativo individuale. Gli obiettivi di questa fase sono quelli di fornire assistenza medica, infermieristica e fisioterapica nel setting più idoneo in relazione alle esigenze del paziente. Nella gestione delle fratture dei pazienti fragili, **il focus point risulta all'atto delle dimissioni** ove non esiste un percorso diagnostico standardizzato ma la predittività della necessità di cure riabilitative post intervento viene già anticipatamente prognosticata all'atto preoperatorio con scala di Brass, (Blaylock Risk Assessment Screening Score), uno strumento di screening che identifica all'ammissione in ospedale, i pazienti a rischio di dimissione difficile e in quanto tale con bisogni sanitari, socio-sanitari o sociali complessi.

Sviluppate delle strategie volte all'identificazione precoce e, quando possibile durante la fase ospedaliera (brass scale), dei soggetti ad elevato rischio di successiva frattura da fragilità che includano una stratificazione del rischio di frattura e di caduta e possibili comorbidità sottostanti (es., osteoporosi secondaria quale causa di fragilità scheletrica, rischio di caduta correlato all'uso di determinati farmaci) avviata una terapia farmacologica o meno, all'atto delle dimissioni, la comunicazione con i servizi territoriali deve essere attuata con un tempo utile per l'attivazione della rete di continuità assistenziale.

REGIME OSPEDALIERO

REGIONAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE



Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)	
Cerciare ogni aspetto che viene rilevato	
Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 - 64 anni 2 = 65 - 79 anni 3 = 80 anni e più	Modello comportamentale (ogni opzione osservata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro
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	Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula
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	Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi
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 *sfere: spazio, tempo, luogo e sé	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
	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
	Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci
	punteggio totale _____
Punteggio	Indice di rischio
0-10 basso rischio	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 medio rischio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative, a lunga degenza o residenziali.

Fig n.5. Scala di Brass

Per sviluppare al meglio le potenzialità di salute della Persona in una presa in carico globale e unitaria, la riabilitazione, storicamente considerata il terzo elemento del percorso sanitario insieme alla prevenzione e alla terapia, ha mostrato di doversi integrare con le altre due componenti per la valorizzazione dell'attività fisica e motoria, cognitiva e motivazionale, nella tempestività della presa in cura fin dalla fase acuta, nell'integrazione tra le cure finalizzate al recupero dell'autonomia.

Con le Linee guida sulla riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che provvedesse: alla presa in carico del malato; alla sua valutazione; all'elaborazione di un progetto riabilitativo; all'effettuazione di un preciso programma di intervento. Tali Linee guida, se da una parte hanno rappresentato un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo, dall'altra necessitavano di un ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome e ai criteri di appropriatezza dell'intervento. Tale aggiornamento è stato conseguito con la stipula dell'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, con il quale è stato approvato il nuovo Piano di Indirizzo per la riabilitazione. Nell'elaborazione di tale documento e degli ulteriori materiali messi disposizione delle Regioni si è partiti da una ricognizione di quanto nelle singole Regioni è stato fatto nell'applicare le Linee guida del 1998. Le strutture e i servizi di riabilitazione si sono moltiplicati in tutto il Paese, rispondendo ai cambiamenti demografici dovuti alla diminuzione dei tassi di mortalità, all'invecchiamento della popolazione e alla sopravvivenza a malattie generatrici di disabilità.

La particolare attenzione ai bisogni assistenziali è stato tradotto nel Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024, nel Piano nazionale della Cronicità 2016, nel Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, interessando sia i tre piani principali previsti dal D.Lgs 147/2017 che la Missione 5 Componente 2 del PNRR e i contenuti del PN Inclusione 2021-2027. Nell'ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), cioè di quelle prestazioni che ogni Ambito territoriale è tenuto a garantire, è stata definita una serie di interventi che ricadono sotto il nuovo capitolo "Percorso assistenziale integrato". In questo quadro la finalità dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un'ottica che vede la Persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "Persona avente diritti" (Conferenza di Madrid del 2002, Anno Europeo della Persona con Disabilità).

Nello specifico nell'analisi dell'efficacia terapeutica in medicina fisica e riabilitativa (MFR) si devono tenere in considerazione alcune premesse generali:

- il miglioramento funzionale prolungato in parametri di rilevanza pratica, relativi alla vita di tutti i giorni,
- stato generale del paziente: caratteristiche sociodemografiche, comportamento di tipo sanitario, variabili cliniche, stato funzionale dell'articolazione

Le domande generali a cui più spesso si cerca una risposta sono di questo genere: a) i cambiamenti osservati sono migliori di quelli prodotti da appropriati interventi alternativi? b) qual è il contributo delle varie componenti dell'intervento nel produrre i risultati osservati? c) quali tipi di pazienti rispondono meglio a certi interventi? d) come può essere predetta la risposta che sarà ottenuta con un determinato intervento?

La riabilitazione post frattura ha necessità dei seguenti presupposti che sono peculiari per un approccio al paziente geriatrico fragile, complesso e affetto da multimorbilità:

- l'approccio deve essere garantito da una corretta VMD (Valutazione MultiDimensionale Geriatrica);
- l'intensità di cura e l'intervento riabilitativo vanno graduati in base all'outcome previsto per il singolo paziente (Progetto Individuale), indirizzati al comfort e al palliative care per il paziente grave, indirizzati al massimo recupero e all'intensività di cura per il paziente "fit";

- il setting di cura più adeguato deve essere pensato e integrato sulla gravità e sulla compliance adattativa della singola condizione del singolo paziente anziano di età > 65 anni;
- la massimizzazione del risultato terapeutico passa attraverso un orientamento all'interdisciplinarietà del team riabilitativo e alla comprensione che anche "piccoli guadagni" ("small gains"), con monitoraggio a lungo termine finalizzato al controllo clinico e all'aderenza terapeutica.

Le peculiarità altresì derivano dalla stretta necessità di conoscenza nei confronti delle maggiori problematiche geriatriche:

- alta multimorbilità, anche correlata all'età > 65 anni;
- politerapia con necessità di continui adeguamenti terapeutici;
- stato funzionale spesso già compromesso da patologie degenerative articolari e/o neurologiche;
- stato cognitivo (da iniziale degrado a demenza con disturbi del comportamento);
- funzione fisica globale ridotta (riduzione delle riserve funzionali);
- tono dell'umore spesso deflesso e riduzione della motivazione verso il recupero;
- stato sociale disagiato (solitudine, disagio abitativo, scarsa rete di supporto);
- sindromi geriatriche (incontinenza/cadute/delirium/jatrogenesi farmaceutica ecc.);
- modificazioni del metabolismo;
- modificazioni dell'omeostasi;
- anemia/osteoporosi/sarcopenia;

Pertanto la riabilitazione (il complesso degli esercizi fisici e degli stimoli psicocognitivi volti non tanto a rieducare un singolo apparato o una singola funzione, quanto a incentivare i residui interessi e le restanti capacità) si colloca all'interno della dimensione di contrasto o rallentamento del decadimento generale della persona, secondo una politica di prevenzione del rischio. Le complicanze maggiori se non opportunamente trattate possono riguardare il progressivo sviluppo della sindrome da allettamento, con perdita della mobilità, diminuzione del trofismo muscolare, sviluppo di osteoporosi con aumento del rischio di cadute, insorgenza di lesioni da pressione e aumento di insorgenza di infezioni e sepsi, oltre a conseguenze psico emotive importanti. (Calabrò R. 2017 "Lesioni croniche:ci costano il 4% della spesa totale del SSN")

Costruzione di un algoritmo di presa in carico a 360°: progetto di gestione della dimissione del paziente

L'analisi del bisogno e la programmazione delle scelte operative, nelle regole dell'attivazione di richiesta di cure domiciliari, contempla la compilazione di una scheda di triage che rientra nel flusso SIAD, che raccoglie informazioni relative al complesso di interventi, procedure, attività sanitarie e socio sanitarie da erogare. L'evoluzione del Sistema, l'efficientamento delle risorse economiche e la nascita delle nuove figure professionali individuate dalle DGR sopra esposte ci porta a ragionare sui seguenti temi:

-Inserimento delle diverse figure professionali all'interno del percorso del paziente (patient-centred care) che prevede il progressivo inserimento dell'MMG nella casa di comunità e uno specifico ruolo attraverso i canali dedicati di comunicazione multidisciplinare .

-Uniformità delle procedure e programmazione del percorso

-Monitoraggio e governance delle azioni compiute secondo il principio del **plan-do-check-act**

Per garantire questi aspetti si possono stratificare i pazienti sulla base delle esperienze locali, secondo i seguenti diagrammi di flusso riguardanti la dimissione del paziente:

Paziente over-65 con frattura di femore operata

- Brass-Index <10 – Foglio di dimissione con indicazioni del PRI elaborato dallo specialista Fisiatra, indicazione delle terapie domiciliari e indirizzamento al proprio MMG**;
- Brass-Index 11-19 – Valutazione pre-dimissione, VMD geriatrica e PRI Fisiatrico, attivazione in dimissione di Voucher riabilitativi Domiciliari e attivazione IFEC* per valutazione Socio-Sanitaria domiciliare (dopo la rilevazione dei bisogni l'Ifec comunica direttamente, possibilmente con strumenti digitali/informatici con il MMG del Medico). In caso di controlli (RX o Visite) prenotazione degli stessi, ove possibile con agende dedicate domiciliari (radiologia domiciliare);
- Brass-Index >20 – Valutazione se istituzionalizzazione o dimissione, nel secondo caso attivare la procedura precedente.

*Flow-chart IFEC

1. Segnalazione da parte del reparto in dimissione protetta;
2. Valutazione delle condizioni sociali familiari a domicilio – eventuale attivazione assistenti sociali
3. Valutazione dell'ambiente in cui vive il paziente in termini di sicurezza, organizzazione, adeguatezza dei locali;
4. Indicare la presenza di un care giver e istruzione nella practice quotidiana;
5. Valutazione se necessarie attività infermieristiche a domicilio (rischio ulcere da decubito, catetere vescicale, ecc) L.R.22/2021;
6. Valutazione antropometrica;
7. Esamina della compliance terapeutica del paziente (valutare se ha compreso le terapie);
8. Invio o caricamento in piattaforma dei dati con notifica al MMG** del paziente.

**Flow-chart MMG

1. Riceve la notifica con parametri e valutazioni da parte del reparto (foglio di dimissioni) e dell'Ifec (scheda di valutazione: si/no e note);
2. Voucher riabilitativo è già attivato da parte del reparto dimettente con PRI specialistico o attivazione trattamenti riabilitativi con percorso fisioterapico A, B,C,D;
3. Necessita di Voucher Infermieristico sulla base dei dati Ifec? Rivalutazione del paziente e addendum al voucher riabilitativo;
4. Attivazione degli assistenti sociali da parte dell'Ifec;
5. Stato nutrizionale insoddisfacente? Rivalutazione del paziente e attivazione valutazione nutrizionale a breve con l'equipe dietologica e suo monitoraggio nel tempo;
6. Attivazione della farmacia territoriale se necessari ausili protesici o ventiloterapia;

Commentato [ma1]: MARSILIO

È molto utile costruire, come credo sia in programma, dei veri e propri diagrammi di flusso (o un unico diagramma!), composti dai vari cicli, dalla suddivisione del percorso per le risposte affermative o negative nei diversi punti... sarebbe ideale corredare il diagramma di una legenda di simboli che aiutino a mettere in luce dei particolari dei blocchi: i primi esempi che vengono in mente sono i luoghi (es. una casetta per il domicilio, un ospedale per il reparto?), la presenza di altre figure (es. un omino dove c'è il caregiver), l'utilizzo di strumenti (es. un pc per la telemedicina?)

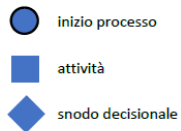
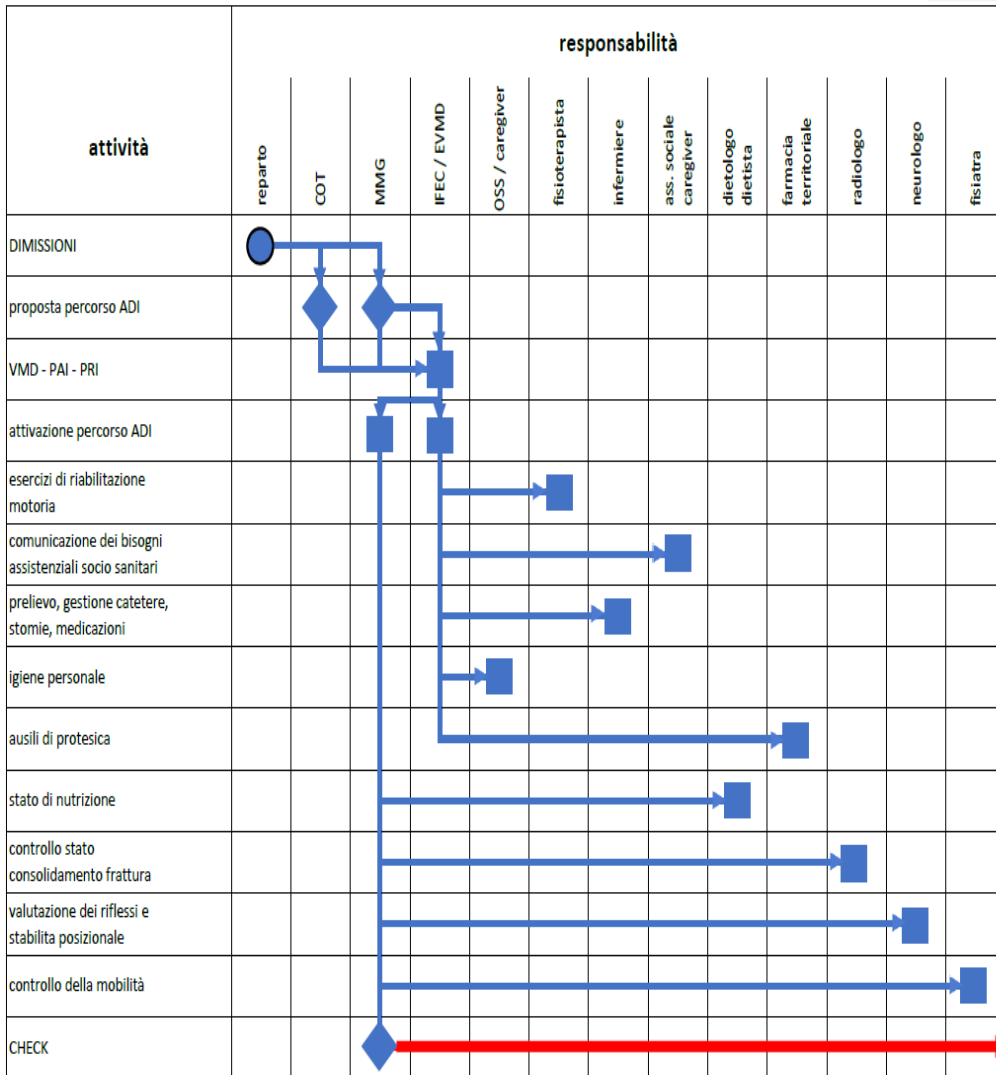
Il diagramma si potrebbe poi commentare evidenziando i passaggi in cui si prevedono criticità e i vantaggi rispetto al percorso ad ora implementato (per questo, se fosse possibile, sarebbe utile una ricostruzione del diagramma del percorso attuale). Questa operazione, di fatto, va a completare il discorso dell'analisi SWOT: si mostra come il progetto sfrutterà punti di forza e opportunità, mentre cercherà di minimizzare punti di debolezza e minacce

L'IFEC sarà molto importante nel progetto. Spenderei due parole, nell'introduzione, su questa figura. Inoltre, è la vera e propria "new entry" del gruppo che il progetto prevede di coinvolgere: dal punto di vista numerico, si possono fare delle stime della necessità di IFEC per paziente/gruppi di pazienti? Si prevedono altri progetti che potrebbero "contendersi" gli IFEC come risorsa?

7. Controllo radiologico (a domicilio);
8. Valutazione neurologica (cognitivo-motoria) tele-visita;
9. Valutazione fisiatrica, tele-visita tele-consulto;
10. Valutazione dei dati di compliance e aderenza terapeutica e azione;
11. Feedback conclusivo sulle valutazioni lette e risolte (nel senso per le quali è stata compiuta un'azione) ed eventuale inserimento di ulteriori necessità rilevate. Quest'ultima azione permette di entrare nella logica del plan-do-check-act ma necessita al contempo di infrastruttura informatica idonea.

PERCORSO ADI CHECK LIST	✓	✘
DIMISSIONI OSPEDALIERE		
SCHEDA VALUTAZIONE IFEC		
PRI		
VOUCHER RIABILITATIVO		
ATTIVAZIONE PERCORSO CD FISIOTERAPICO		
-A		
-B		
-C		
-D		
VOUCHER INFERMIERISTICO		
-PRELIEVO		
-MEDICAZIONE		
-GESTIONE STOMIE		
ATTIVAZIONE ASSISTENZA SOCIALE		
OSS/CAREGIVER		
VALUTAZIONE NUTRIZIONALE		
ATTIVAZIONE AUSILI PROTETICI		
CONTROLLO RADIOLOGICO DOMICILIARE		
VALUTAZIONE NEUROLOGICA		
VALUTAZIONE FISIATRICA		
VALUTAZIONE ADERENZA TERAPEUTICA		
FEED BACK		

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio



La nuova figura sul territorio: l'IFec

L'Infermiere di famiglia secondo l'OMS in una prima enunciazione era definito come il professionista "che aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie". Questa definizione riportata nel "documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS SALUTE21" introduce un nuovo modello di infermiere, "l'Infermiere di Famiglia", che dovrà assicurare un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento degli obiettivi prefissati per il XXI secolo. Già il documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 10 settembre 2020, ha approvato le "linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77", ha definito la figura dell'infermiere di famiglia un'evoluzione importante nell'assistenza sul territorio. Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione dell'OMS del poliedrico ruolo dell'infermiere di Famiglia, era stato anche redatto un curriculum che avrebbe dovuto preparare infermieri qualificati ed esperti per questo nuovo ruolo. Il documento riporta anche le componenti chiave del ruolo dell'infermiere di famiglia, citati nei documenti Doctors for Health. A WHO Global strategy for changing medical education and medical practice for health for all e Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education:

- Fornire assistenza
- Prendere decisioni
- Saper comunicare

La sua figura, già presente e attiva in alcune Regioni *benchmark* che hanno voluto rilanciare l'assistenza sul territorio, è una pietra angolare del ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese con l'aumento delle patologie croniche e delle co-morbidità, l'invecchiamento delle persone e delle famiglie, sempre più con anziani soli e una riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socio economiche.

Con la riforma della sanità, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità può e deve diventare una delle figure centrali nel processo di sviluppo della visione finora espressa. L'intervento degli IFec si esprime a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: informazioni, per orientare meglio ai servizi e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione alla salute. A livello domiciliare in cui eroga assistenza a tutti gli utenti che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità, a livello comunitario con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale e possibili risorse formali e informali.

La telemedicina nel PNRR

La sfida dei sistemi sanitari dei prossimi anni, legata all'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontata anche attraverso un miglior uso del sistema, supportato dall'information and communication technology. Nell'ambito della Missione 6 Salute, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la telemedicina assume un ruolo primario in specifiche aree di intervento poiché come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicità, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute

Componente: C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimento: M6C1 I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Subinvestimenti:

M6C1 I1.2.1 - Assistenza domiciliare

M6C1 I1.2.2 – Centrali operative territoriali (COT)

M6C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

In un contesto organizzativo tuttora in piena trasformazione, Engineering, in stretta collaborazione con Aria Spa e Regione Lombardia, sta progettando e sviluppando il sistema SGGT secondo un approccio "agile" così da poter assecondare più agevolmente – sul piano digitale – le esigenze delle organizzazioni sanitarie.

Il nuovo sistema prevede tre aree di intervento:

- Un sistema per la gestione digitale del territorio finalizzato alla gestione informatizzata dei processi socio-sanitari e la digitalizzazione di dati e documenti.
- Una piattaforma regionale di telemedicina per l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi.
- Un sistema per la raccolta e la valorizzazione dei dati distribuiti da condividere e utilizzare in tempo reale negli ambiti socio-sanitari, ospedalieri e territoriali".

I servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- Televisita
- Teleconsulto e teleconsulenza medico-sanitaria
- Teleassistenza
- Telemonitoraggio.

La radiografia a casa dei pazienti: il progetto pilota di ATS Pavia

È stato intrapreso da ATS Pavia il progetto sperimentale di radiologia domiciliare a decorrere dal 1 maggio 2023 fino al 31 dicembre 2023.

Si è scelto di sperimentare il progetto in Oltrepò perché il territorio è caratterizzato da un'alta percentuale di popolazione più anziana e in situazione di maggior disagio. I vantaggi dell'attivazione di un servizio di radiologia a domicilio sono sia di tipo economico, che sociale e relazionale. Scopo ultimo è poi la tutela della continuità assistenziale, portando i servizi sanitari sempre più vicino alle persone là dove persone disabili, anziani, non autosufficienti e/o non deambulati/allettati non possono essere trasportate in ambiente ambulatoriale o necessitano del trasporto con grave disagio e costi più elevati. Oltre all'aspetto demografico, l'Oltrepò è un territorio dispersivo, con distanze notevoli tra i centri e le frazioni, soprattutto in collina e in montagna. Fondamentale per la riuscita del progetto il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei responsabili medici delle Rsa: sono loro, infatti, che devono fare la richiesta di attivazione del servizio a domicilio per i loro pazienti o per gli ospiti delle strutture, certificando la condizione di non trasportabilità.

Ricevuta la documentazione, il paziente verrà contattato per concordare data e ora dell'esame e un tecnico sanitario di Radiologia Medica (TSRM), appositamente formato, si reca presso il domicilio del paziente per effettuare la radiografia con il supporto di un operatore tecnico per gli aspetti logistici.

Gli esami che possono essere effettuati sono radiografie convenzionali a torace, articolazioni, ossa, bacino e anche, purché non in regime di urgenza.

Il referto sarà disponibile il giorno successivo a quello dell'esame. La sperimentazione è volta a verificare il riscontro favorevole, sia dall'utenza che dalla parte sanitaria e se soprattutto se risponde ai bisogni di questo territorio, per valutare il proseguo di questa offerta assistenziale.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

La dinamica demografica vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, caratterizzate spesso da disabilità gravi e anche gravissime.

L'analisi dell'indice di vecchiaia prevede uno progressivo slittamento verso l'alto con un onere economico e sociale che graverà sulla popolazione attiva; è necessario lavorare in una logica di proattività, per prevenire il carico di cronicità sul SSR legata all'età, con l'obiettivo di migliorare gli esiti intermedi di salute delle persone e, con essi, la sostenibilità del servizio sul lungo periodo.

Sotto la spinta della pandemia Covid-19, i diversi stakeholder della Sanità – Governo, Regioni e Province Autonome, del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – hanno evidenziato la necessità vitale di ripensarne l'organizzazione in particolare a livello territoriale soprattutto; la necessità di mantenere un distanziamento fisico e, talora, l'impossibilità di un incontro in presenza fra il paziente e i professionisti sanitari, hanno determinato lo sviluppo di soluzioni per favorire l'avvicinamento virtuale. Pertanto, all'interno dell'area dell'integrazione dei servizi risulta un fattore abilitante rispetto ai processi di dimissione protetta lo sviluppo del Nuovo Sistema per la gestione digitale del territorio (DGR5872/2022) con la progettazione di un nuovo ecosistema digitale regionale per l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici per le articolazioni previste dalla L.R 22/2021, prevedere l'implementazione di servizi di tele-medicina quali tele-visita teleconsulto, tele-riabilitazione qualora il paziente risponda ai requisiti di compliance clinica e verificata la possibilità per il paziente /caregiver di accedere a sistemi e infrastrutture tecnologiche.

Secondo uno studio dello Juniper Research, la telemedicina, grazie ad un efficientamento dei costi, consentirà di risparmiare al sistema sanitario mondiale costi per 21 miliardi di dollari entro il 2025. Si tratta di un incremento stimato di risparmi dell'80% nei prossimi quattro anni, oltre al discorso ambientale dell'ecosostenibilità.

Inoltre andrebbe ripensato una nuova visione di valorizzazione delle prestazioni passando dai DRG, che comunque devono basarsi su "costi standard italiani", verso un approccio "value based" legato ai PDTA, ai PAC, ai PAI, ai PIdS e quant'altro possa essere utile "per seguire il percorso del paziente" nei servizi del sistema. Questo implica iniziare a confrontare:

- I risultati di salute, gli outcome clinici e gli outcome assistenziali come i Patient - Reported Experience Measures (PREMs) e i Patient Reported Outcome Measures (PROMs);
- "Quanto vale" per il paziente, ad esempio in termini di qualità della vita,
- Le risorse impiegate, gli investimenti e la formazione del capitale umano delle organizzazioni.

La centralità del paziente diventa, quindi, un paradigma clinico assistenziale, ma anche economico e finanziario. Il paziente deve essere il "centro di costo" del sistema sanitario.

Infine occorre declinare la centralità della persona, partendo da modelli organizzativi, di valutazione e di finanziamento basati sul valore (value based healthcare) per programmare l'allocazione delle risorse in modo utile ed equo, dando nuovo senso e sostanza al nostro "universalismo".

L'analisi dei costi nel modello di presa in carico del paziente fragile over 65 con frattura del femore qui limitato all'accesso ad una casa di comunità ma eventualmente esteso all'assistenza domiciliare non può prescindere dai costi del personale impegnato che discendono direttamente dai valori unitari qui

stimati in termini di impegno orario e di costo lordo del personale, moltiplicati per i valori totali delle procedure di presa in carico potenzialmente attivabili.

Sono da considerare inoltre i costi da destinare ai trasporti delle equipe.

Tale analisi prescinde invariabilmente dalla connotazione giuridica e datoriale dei soggetti coinvolti o da regole di ingaggio stabilite a priori nonché da sviluppi professionali d'incarico attribuiti.

La tabella dei costi di cui sotto rappresenta i costi previsti dalla DGR n. 6867/2022 per i profili li menzionati di fisioterapista, infermiere, assistente sociale e fisiatra con l'incremento di alcune figure previste nel nostro progetto quali il dietologo, dietista, radiologo e neurologo, calcolati su una media di accessi n. 26 al mese per paziente.

L'importo di Euro 65,31 è stimato a paziente a giornata.

Stima dei costi mensili del personale sul paziente con maggiore fragilità (modello bottom-up).

<i>Profilo</i>	<i>Ore</i>	<i>Costo orario teorico</i>	<i>Costo complessivo Teorico</i>	<i>Stima dei costi</i>
FISIOTERAPISTA	12 h	13,87 €	166,44 €	1.372,00 € (DGR 6867/2022 ADI prof. 4 liv. IIC)
INFERMIERE – OSS	20 h	13,87 €	277,40 €	
ASSISTENTE SOCIALE	2 h	13,87 €	27,74 €	
FISIATRA	2 h	27,88 €	55,76 €	
DIETOLOGO	1 h	27,88 €	27,88 €	326,23 € (stima)
DIETISTA	1 h	13,87 €	13,87 €	
RADIOLOGO	1 h	27,88 €	27,88 €	
NEUROLOGO	2 h	27,88 €	55,76 €	
TOTALE			652,73 €	1.698,23 €
COSTO MEDIO GIORNALIERO/PAZ (26 giornate)				65,31 €

Stima dei costi mensili seguendo un modello inverso, di tipo top-down, a partire dalle componenti di costo di una riabilitazione ospedaliera (tariffata 261,00 euro), si cerca di rappresentare le componenti che necessariamente vanno a comporre il costo di una riabilitazione domiciliare in via di progettazione.

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

descrizione conto	importo	% componente in reparto di riabilitazione specialistica	% componenti ADI recuperate da degenza	costo ADI stimato
Personale infermieristico	23.995.542	19,5%	3,0%	7,80
Dirigenti medici	22.117.202	18,0%	3,0%	7,80
Personale della riabilitazione	13.681.339	11,1%	11,1%	28,97
Direzione di Presidio e costi comuni	9.175.814	7,5%	7,5%	19,43
Personale tecnico	8.669.354	7,1%	0,0%	-
Altre prestazioni per servizi sanitari da terzi	3.058.026	2,5%	2,5%	6,47
Servizi sanitari appaltati o in "service" da terzi	2.926.828	2,4%	2,4%	6,20
Cucina e mensa	2.675.118	2,2%	0,0%	-
Utenze elettricità	2.586.634	2,1%	0,0%	-
Costi Attività di laboratorio per interni	2.350.183	1,9%	1,9%	4,98
Mensa	2.347.756	1,9%	0,0%	-
Riscaldamento	2.279.597	1,9%	0,0%	-
Pulizia	1.953.723	1,6%	0,0%	-
Materiali protesici (endoprotesi) (P)	1.792.391	1,5%	1,5%	3,79
Farmaceutici: Specialità Medicinali (altro: farmaci ospedalieri)	1.506.411	1,2%	1,2%	3,19
Personale infermieristico (IRAP)	1.483.164	1,2%	0,2%	0,48
Dirigenti medici (IRAP)	1.450.978	1,2%	0,2%	0,51
Lavanderia	1.412.531	1,2%	1,2%	2,99
Portineria Centralino e vigilanza	1.335.215	1,1%	0,0%	-
Personale della riabilitazione (IRAP)	954.276	0,8%	0,8%	2,02
Altri servizi non sanitari acquistati in "Service"	852.021	0,7%	0,7%	1,80
ammortamento/service/consumi trasporti (NUOVA VOCE DI COSTO)	0	0,0%	7,0%	18,20
Dispositivi Medici: Cnd T - Dispositivi di protezione e ausili per incontinenza (d. lgs. 46/97)	772.803	0,6%	0,6%	1,64
(altre voci)	13.425.826	10,9%		
	122.802.736	100,0%		116,27

RISULTATI ATTESI

Questo modello gestionale per la presa in carico del paziente fragile over 65 con frattura al femore, prende avvio in particolar modo nella fase riabilitativa dello stesso, per un ritorno alla normalità ed una vita più autonoma possibile.

Il modello cerca, altresì, di non sovraccaricare il sistema ospedaliero, di ridurre ove possibile le giornate di ricovero. Suggestisce processi di dimissioni orientate all'accompagnamento del paziente. Il processo ha quale obiettivo di ricondurre il paziente alla ripresa delle autonomie, ad un invecchiamento che non precluda la possibilità di vivere la comunità.

STRENGTHS	WEAKNESSES
Riduzione degenza ospedaliera	Compliance del paziente
Aumento del turn-over dei ricoveri	Carenza del sostegno familiare
OPPORTUNITIES	THREATS
Recupero funzionale	Coordinamento figure professionali eterogenee
Reinserimento sociale	Acquisizione risorse

CONCLUSIONI

Si rileva, quale campanello d'allarme, la mancanza di personale per Case e Ospedali di comunità e per l'Adi. È necessario rivedere parzialmente anche il Piano di ripresa e resilienza.

La proficua realizzazione delle opere (COT, case di Comunità, ospedali di comunità) dovrà coniugarsi con l'arruolamento dei professionisti necessari, in conformità ai requisiti stabiliti dal DM 77 del 23 maggio 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Desto preoccupazione, anche ai fini del potenziamento delle prese in carico (PIC) dell'ADI degli ultra 65 anni, il divario fra la fuoriuscita del personale del SSN (dovuto a pensionamenti, trasferimenti al settore privato, all'estero, invalidità maturate) e l'effettiva possibilità di assunzione o convenzionamento al completamento dei percorsi formativi.

Tali considerazioni valgono per i professionisti che operano nel SSN in qualità di dipendenti (es. Infermieri) e per i medici che operano con rapporto convenzionale (es. Cronica mancanza di medici di assistenza primaria). Si segnala l'importanza di strutturare e monitorare accuratamente la progressiva formazione delle risorse professionali necessarie e garantire il rispetto delle ADI PNRR ed il concreto funzionamento delle strutture realizzate, quali ad esempio le Case di Comunità. Si segnala in generale che la difficoltà di reperimento del personale infermieristico da parte delle aziende sanitarie e dei soggetti accreditati e a contratto privati, in un contesto di generale carenza di personale sanitario, rende particolarmente impegnativo il conseguimento dei volumi incrementali di prese in carico in assistenza domiciliare previsti dai target intermedi e finali dell'obiettivo.

Le Regioni non hanno potuto recuperare pienamente il divario fra «richiesto» e «finanziato» posto che i provvedimenti per l'accesso a risorse aggiuntive, fra cui il DL n. 50/2022, richiedevano una fase di valutazione progettuale avanzata (livello esecutivo) fino alla quantificazione economica per l'accesso alle risorse.

Occorre poi considerare che, parallelamente all'avanzamento nell'attuazione fisica del PNRR di COT CDC e ODC, si produrrà progressivamente un incremento del fabbisogno di FSR corrente per beni, servizi e personale; l'incremento fisico delle strutture del territorio previsto dal PNRR era accompagnato dall'incremento delle assegnazioni di FSR a livello nazionale per il personale (DL n. 34/2020 e comma 274 della finanziaria 2022) ma non da quello per i beni e i servizi necessari al loro funzionamento (costo dell'energia collegato ad esempio alle nuove superfici in mq per Ospedali di comunità, Case di comunità etc...da lavare, scaldare, mantenere, vigilare, approvvigionare).

Nell'analisi del progetto abbiamo riscontrato la difficoltà di reperimento delle risorse umane e dei professionisti necessari a poter riempire queste scatole vuote Case di comunità o di utilizzo delle risorse al domicilio del paziente, vista la carenza del personale in forza lavoro nel SSR.

E' anche vero che spesso abbiamo la sensazione che mancano specifiche risorse, ma se guardiamo i numeri, parrebbe non esserlo, forse vi è un utilizzo improprio delle risorse.

In Italia lavorano circa 244.000 medici: il 44% è dipendente del SSN, il 34% è convenzionato con il SSN (es. MMMG), il 12% è nel privato accreditato dal SSN. La densità medica italiana (4,1 medici per 10000 abitanti) è una delle più alte tra i paesi UE, significativamente maggiore di quella di UK e Francia (rispettivamente 3 e 3,33 medici per 1000 abitanti). Rimaniamo invece drammaticamente lontano dagli altri paesi in termini di rapporto infermieri per medico. Nel SSN operano 1,4 infermieri per medico vs. i 2,7 della Germania, 2,8 del regno Unito, 3,3 della Francia.

Abbiamo la sensazione che mancano i medici in quanto la quantità di medici necessari in un sistema sanitario dipende da tre fattori chiave: a) l'allocazione di ruoli e funzioni tra medici e altre professioni sanitarie, b) il mix tra personale e tecnologie, spesso regolato da standard procedurali (es. quanti medici devono essere presenti per una procedura diagnostica); c) il mix di patologie prevalenti. Da più di 20 anni le "professioni sanitarie" (infermieri, riabilitatori, tecnici della diagnostica, ecc) prevedono la laurea, ma il SSN non ha ancora riconosciuto formalmente il loro livello di autonomia professionale, mantenendo invariato il numero di medici necessari al sistema. Il SSN è dotato di tecnologie oltre la media EU, ma non ha diminuito gli standard di personale obbligatoriamente presente, anche se le macchine contribuiscono ad innalzare significativamente la "produttività del lavoro". In altre parole, è cambiato il modo di fare medicina, ma non abbiamo ancora aggiornato gli standard regolari e le funzioni che vengono svolte nei paesi più sviluppati da professioni sanitarie in Italia, per legge, devono vedere la presenza e la responsabilità formale di un medico. L'Italia è uno dei paesi più anziani del mondo (ultra 65 anni sono il doppio degli under 15, ovvero il 25% della popolazione), quindi prevalgono patologie croniche e fragilità, che richiedono poche e puntuali prestazioni cliniche e lunghe stagioni assistenziali, che necessitano più infermieri e operatori socio-sanitarie meno medici. Mancando questi ultimi o non riconoscendone il ruolo, ingaggiamo impropriamente i medici.

Abbiamo aumentato le borse di studio nelle scuole di specializzazione medica da 7.500 posti annui nel 2008 al 14.000 nel 2023, mentre i pensionamenti attesi di specialisti nel decennio 22-31 sono al massimo 100000 all'anno (5000 dal SSN). Quindi, tra pochi anni, torneremo ad avere una espansione del numero dei medici presenti. All'opposto i posti universitari per infermieri vanno deserti, perché mancano le vocazioni. Inoltre, tra i pochi iscritti, sol il 75% riesce a finire gli studi.

In pratica pensioniamo più infermieri di quanti ne formiamo (14.000). mancano 60.000 infermieri rispetto ai bisogni. Nel complesso andiamo nella direzione opposta al necessario: ancora più medici e ancora meno infermieri. Fake news (mancano i medici) hanno prodotto una programmazione sbagliata. È vero che alcune e limitate discipline mediche (tra le 55 specializzazioni presenti nel SSN) hanno carenze di vocazioni: emergenza/urgenza, cure primarie, laboratorio analisi. Le vere determinanti sono ancora i modelli organizzativi e di servizio e non le politiche di reclutamento. Se al pronto soccorso l'80% dei pazienti sono codici bianchi e verdi, ovvero situazioni semplici e senza emergenze, il contesto professionale risulta demotivante per un giovane che ha studiato 11 anni di medicina, di cui 5 in medicina d'urgenza. La soluzione non è da ricercarsi prevalentemente nelle politiche retributive dei medici di PS, ma nel separare i pazienti leggeri da quelli gravi, lasciando solo i secondi al lavoro del medico specializzato in emergenza/urgenza, rendendo il contesto professionale interessante e coerente alle competenze sviluppate.

Credo sia necessario rifondare l'immagine delle professioni sanitarie tra i giovani con una robusta campagna informativa multimediale, spiegando che le professioni sanitarie 23, altamente qualificate, con sicurezze occupazionali assolute e ruoli professionali di grande interesse. Modificare profondamente i modelli di servizio e organizzativi e le regole sui mix di personale che deve essere impiegato durante le procedure, limitando l'impiego di medici a quando è davvero necessario superando antichi retaggi burocratici di presenza e firma formale. Aggiornare i numeri della programmazione universitaria, visto che rischiamo di generare una nuova plethora medica, mentre mancano gli infermieri.

È anche vero, che nella sanità pubblica i Concorsi vanno deserti o non fornisco vincitori sufficienti e dall'altra si continua imperterriti a espletare procedure concorsuali secondo le regole di due decreti vecchi e superati (quello per l'irigenza è di 26 anni fa e quello del comparto di 22) che erano obsoleti

già quando entrarono in vigore e oggi appaiono del tutto incapaci di rispondere alle esigenze della Sanità pubblica seppur vigenti.

Una successiva riflessione sul senso di questo complesso ridisegno è se questo modello risponde alla previsione della “casa come primo luogo di cura”. Sicuramente nell’ADI integrata si è profuso uno sforzo per implementare una presa in carico complessiva che valorizzi l’interessato, la famiglia e tutte le risorse formali e informali; tuttavia, al di là delle affermazioni ribadite, poco è stato scritto sui processi che possano realmente portare a tale presa in carico. Nelle numerose pagine della normativa è ancora poco percepibile la “cultura della domiciliarità”, che non deriva mai solo da una somma di prestazioni ma attiene alla dimensione esistenziale e sociale della persona e della sua famiglia.

CONTRIBUTO PERSONALE

- Dr.ssa Laura Maccagni: introduzione normativa e valutazione obiettivi e risultati attesi con analisi criticità dal punto di vista delle risorse umane;
- Dr.ssa Marilde Viale: contestualizzazione del percorso della presa in carico sul territorio del paziente post dimissione ospedaliera;
- Dr. Alberto Della Grazia: focus ospedaliero della gestione del paziente con frattura di femore over 65;
- Ing. Francesco Cideni: analisi di dati e indicatori di performance

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute. Decreto del 23 gennaio 2023 Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)
- Ministero della Salute. Decreto 29 aprile 2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. Allegato: Linee guida Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Parere 28/04/2022. Parere ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di Decreto del Ministro della salute recante l'approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attivazione dell'assistenza domiciliare" (Milestone EU M6C1-4) Rep. Atti n. 73/CSR
- Deliberazione n° XII / 211 Seduta del 03/05/2023: approvazione del documento tecnico "riorganizzazione rete regionale del trauma" rettifica DGR 162/2023
- "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77".
- L.R. n° 22/2021
- DGR n° 5872/2022
- DM n° 77/2022
- DGR n° 6760/2022
- DGR n° 715/2023
- DGR n° 717/2023
- CCNLL

BIBLIOGRAFIA

- Fried, L.P., Cohen, A.A., Xue, Q.L. et al. The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nat Aging* 1, 36–46 (2021). <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00017-z>
- McLellan AR., Wolowacz SE., Zimovetz EA., Beard SM., Lock S., McCrink L., Adekunle F., Roberts D. (2011),
- Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision, *Osteoporos Int*, 22:2083-98.
- WHO. The global action plan on physical activity 2018–2030. 2018.
- Valent F (Trad. it). Foglio di Formazione: prevenzione delle cadute negli anziani. Sicurezza negli anziani – Focus sugli Infortuni non Intenzionali. Center for Research and Prevention of Injuries-CEREPRI. Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, School of Medicine, Athens University Athens-GREECE Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi di Udine.
- Calabrò R. 2017 “Lesioni croniche. Ci costano il 4% della spesa totale del SSN”
- AIFA, Rapporti OsMed – L’uso dei farmaci in Italia.
- Pisani P, Renna MD, Conversano F, Casciaro E, Di Paola M, Quarta E, Muratore M, Casciaro S. Major osteoporotic fragility fractures: risk factor updates and societal impact. *World J Orthop* 2016, 7(3):171181.
- Rapp K, Becker C, Cameron ID, Klenk J, Kleiner A, Bleibler F, König HH, Büchele G. Femoral fracture rates in people with and without disability. *Age Ageing* 2012, 41(5):653–658.
- Enkelaar L, Smulders E, van Schroyensteyn Lantman-de Valk H, Weerdesteyn V, Geurts AC. Prospective study on risk factors for falling in elderly persons with mild to moderate intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2013 Nov;34(11):3754-65.
- Benzinger P, Rapp K, Maetzler W, König H-H, Jaensch A, Klenk J, Büchele G. Risk for femoral fractures in Parkinson’s disease patients with and without severe functional impairment. *PLoS ONE* 2014, 9(5):e97073.
- Loriaut P, Loriaut P, Boyer P, Massin P, Cochereau I. Visual impairment and hip fractures: a casecontrol study in elderly patients. *Ophthalmic Res*. 2014;52(4):212-6.
- ISTAT Annuario Statistico Italiano 2019.
- Piscitelli P, Neglia C, Feola M, Rizzo E, Argentiero A, Ascolese M, Rivezzi M, Rao C, Miani A, Distante A, Esposito S, Iolascon G, Tarantino U. Updated incidence and costs of hip fractures in elderly Italian population. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Feb 13. Online ahead of print.
- Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C; IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*. 2012, 23:2239–2256.
- Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury* 2018 Aug;49(8):1458-1460.
- Katsoulis M, Benetou V, Karapetyan T et al. Excess mortality after hip fracture in elderly persons from Europe and the USA: the CHANCES project. *J Intern Med*. 2017 Mar;281(3):300-310.
- Guzon-Illescas O, Perez Fernandez E2, Crespí Villarias N et al. Mortality after osteoporotic hip fracture: incidence, trends, and associated factors. *J Orthop Surg Res*. 2019 Jul 4;14(1):203.

- Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, Sherrington C; Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group. (2016) A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr.* 2016, 16:158.
- PeetersCM, VisserE, VandeReeCLP, GosensT, DenOudstenBL, DeVriesJ. Qualityoflifeafterhipfracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury.* 2016 Jul;47(7):1369-82.
- AlexiouKI, RoushiasA, VaritimidisSE, MalizosKN. Qualityoflifeandpsychologicalconsequencesinelderlypatients after a hip fracture: a review. *Clin Interv Aging.* 2018 Jan 24;13:143-150.
- Rapp K, Rothenbacher D, Magaziner J, Becker C, Benzinger P, König H-H, Jaensch A, Büchele G. Risk of nursing home admission after femoral fracture compared with stroke, myocardial infarction, and pneumonia. *J Am Med Dir Assoc.* 2015, 16(8):715.e7-715.e12. Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione sanitaria Ufficio 6. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2018, Giugno 2019.
- Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica. Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni. PAFF Regione Lazio DGR n 613, 7 agosto 2009. Revisione gennaio 2013.
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale dell'anziano con frattura di femore. 2011.
- Sistema Epidemiologico Regionale SER, Regione del Veneto. Le Fratture del Femore prossimale dell'Anziano nella Regione del Veneto. Ottobre 2012.
- Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna. Documento di indirizzo per 'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore. 2013
- Assessorato della Salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanzattiva. Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore. 2015.
- Seys D, Sermon A, Sermeus W, et al. Recommended care received by geriatric hip fracture patients: where are we now and where are we heading?. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2018;138(8):1077-1087.
- McIsaac DI, Wijeyesundera DN, Bryson GL, Huang A, McCartney CJL, van Walraven C. Hospital, Anesthesiologist, and Patient-level Variation in Primary Anesthesia Type for Hip Fracture Surgery: A Population-based Cross-sectional Analysis. *Anesthesiology.* 2018;129(6):1121-1131.
- Cooper HJ, Olswing AD, Berliner ZP, Scuderi GR, Brown ZJ, Hepinstall MS. Variation in Treatment Patterns Correlate With Resource Utilization in the 30-Day Episode of Care of Displaced Femoral Neck Fractures. *J Arthroplasty.* 2018;33(7S):S43-S48.
- Harris IA, Cuthbert A, de Steiger R, Lewis P, Graves SE. Practice variation in total hip arthroplasty versus hemiarthroplasty for treatment of fractured neck of femur in Australia. *Bone Joint J.* 2019;101B(1):92-95.
- International Comprehensive Classification of Fractures and Dislocations Committee. Fracture and Dislocation Classification Compendium – 2018. *J Orthop Trauma.* 2018 Jan;32 Suppl 1:S1-S170.
- Kazley JM, Banerjee S, MBBS, Abousayed MM, Rosenbaum AJ. Classifications in Brief: Garden Classification of Femoral Neck Fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2018 Feb; 476(2): 441-445.
- Donaldson AJ, Thomson HE, Harper NJ, Kenny NW. Bone cement implantation syndrome. *Br J Anaesth* 2009 Jan;102(1):12-22.
- Ovidiu A, Stefan GT, Dragos P, Bogdan V, Dana AI. Survival of nonagenarian patients with hip fractures: a cohort study. *Acta Ortop Bras.* 2017 Jul-Aug;25(4):132-136.

- Prommik P, Kolk H, Sarap P, Puuorg E, Harak E, Kukner A, Pääsuke M, Märtson A. Estonian hip fracture data from 2009 to 2017: high rates of non-operative management and high 1-year mortality. *Acta Orthop*. 2019 Apr;90(2):159-164.
- International Comprehensive Classification of Fractures and Dislocations Committee. Fracture and Dislocation Classification Compendium – 2018. *J Orthop Trauma*. 2018 Jan;32 Suppl 1:S1-S170.
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization.
- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. *Buone Pratiche Cliniche SIAARTI*, Oct 2018.
- Roberts KC, Brox WT. AAOS Clinical Practice Guideline: Management of Hip Fractures in the Elderly. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(2):138-140.
- National Clinical Guideline Centre. The Management of Hip Fracture in Adults. NICE clinical guideline 124. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Jun 2011.
- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. *Buone Pratiche Cliniche SIAARTI*, Oct 2018.
- Roberts KC, Brox WT. AAOS Clinical Practice Guideline: Management of Hip Fractures in the Elderly. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(2):138-140.
- Lee SY, Yon BH, Beom J, Ha YC, Lim JY. Effect of Lower-Limb Progressive Resistance Exercise After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(12):1096.e19-1096.e26.
- Jeon YT, Kim BR, Han EY, Nam KW, Lee SY, Park YG, Suh MJ, Kim JH Post-operative Physical Performance Factors Associated With Gait Speed in Patients Surgically Treated for Hip Fracture: A Cross-Sectional Study. *Ann Rehabil Med*. 2019 Oct;43(5):570-580.
- Auais MA, Eilayyan O, Mayo NE. Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther*. 2012;92(11):1437-1451
- Bertram M, Norman R, Kemp L, Vos T. Review of the long-term disability associated with hip fractures. *Inj Prev*. 2011;17(6):365-370.
- Patel JN, Klein DS, Sreekumar S, Liporace FA, Yoon RS. Outcomes in Multidisciplinary Team-based Approach in Geriatric Hip Fracture Care: A Systematic Review. *J Am Acad Orthop Surg*. 2019 May 30. doi: 10.5435/JAAOS-D-18-00425.

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

SITOGRAFIA

- www.iss.it
- www.salute.gov.it
- www.agenas.gov.it
- www.aifa.gov.it
- www.regione.lombardia.it

Gestione della dimissione del paziente over 65
con frattura di femore: integrazione ospedale territorio

