



4° CONGRESSO NAZIONALE FRAGILITY FRACTURE NETWORK - ITALIA

*Appropriatezza, Qualità e Sostenibilità delle
Cure nel Percorso Ortogeriatrico*



La prevenzione secondaria delle fratture da fragilità

I bisogni manifesti e le risposte percepiti dalle persone con fratture da fragilità

Fulvio Pecorelli

Specialista in Ortopedia e Traumatologia



A.D. 1308
unipg
Circolo Universitario
San Martino



«Forte è chi tratta le fragilità altrui con delicatezza»

Empt

Invitato nella duplice veste di

ORTOPEDICO

di lungo corso iniziato alla fine degli anni 50

e di

PAZIENTE ORTOPEDICO

Ricoveri prevalenti negli anni 60-80

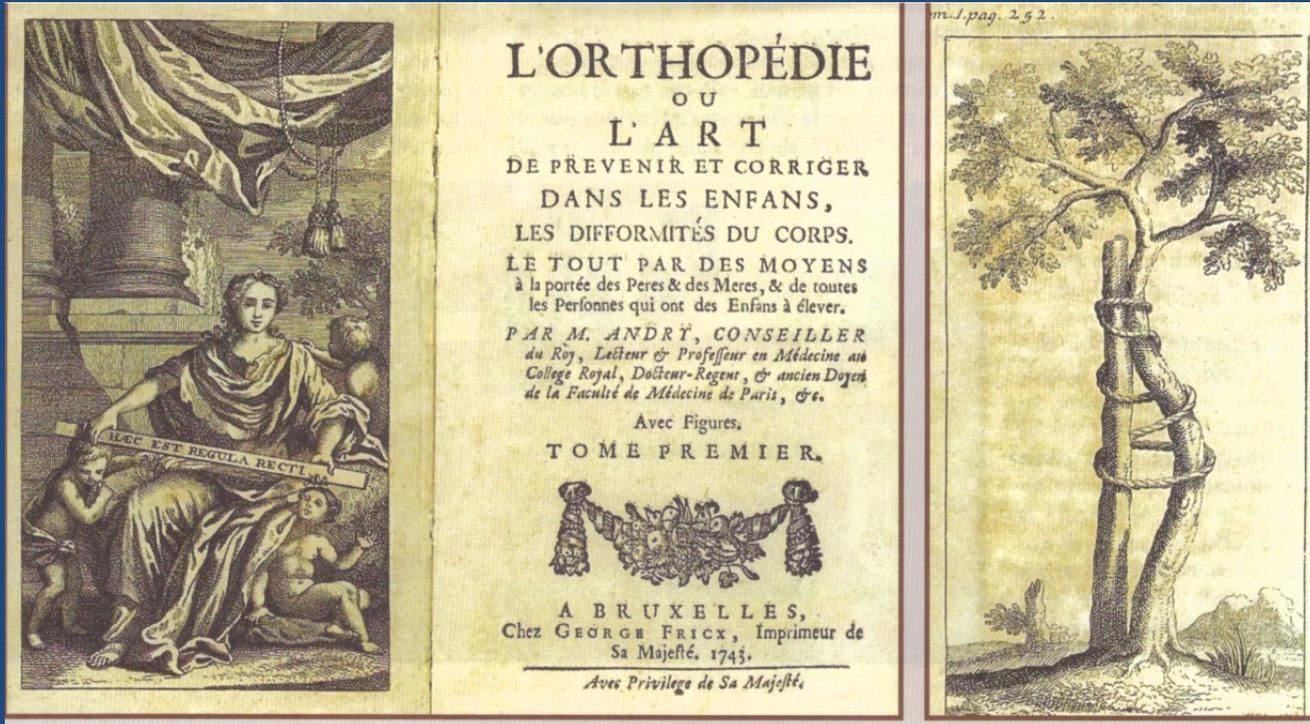
√ Bambini per:

- Scoliosi
- “Lussazione” congenita dell'anca

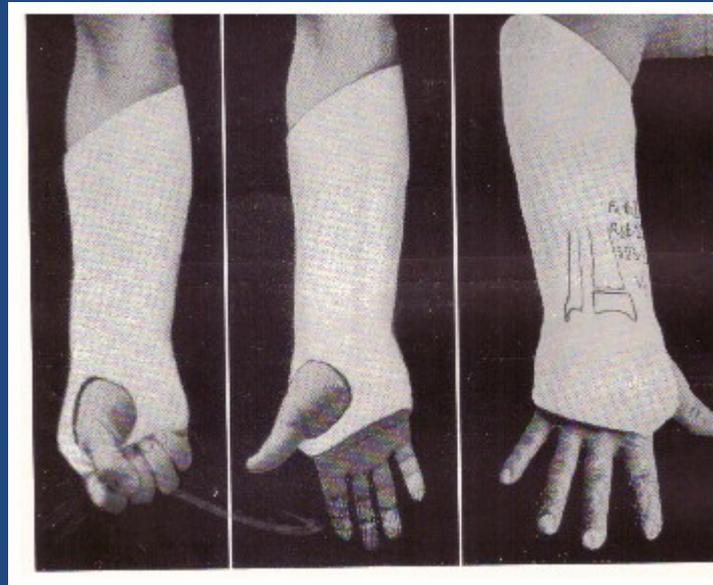
- Piedi torti
- Fratture

√ Adulti per:

- Artrosi
- TBC osteoarticolare
- Esiti di poliomielite
- Fratture

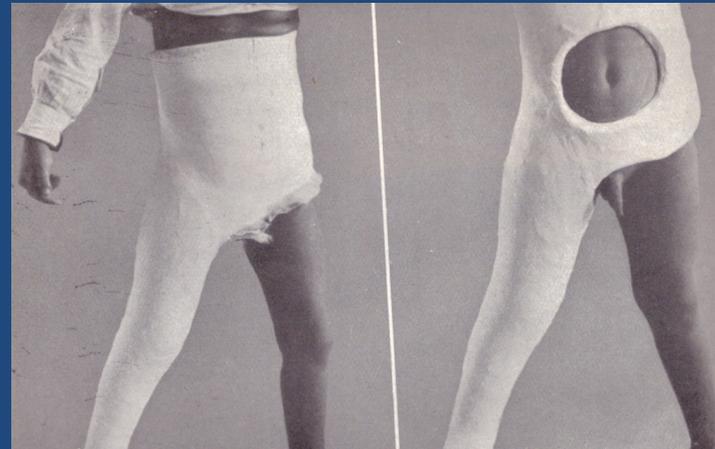
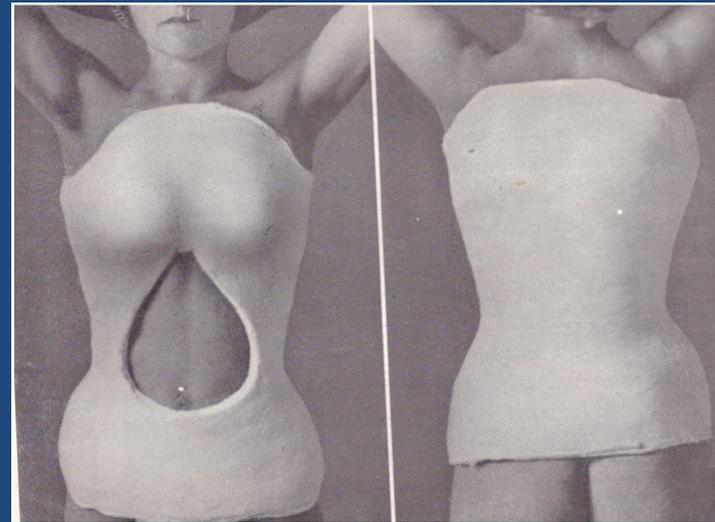
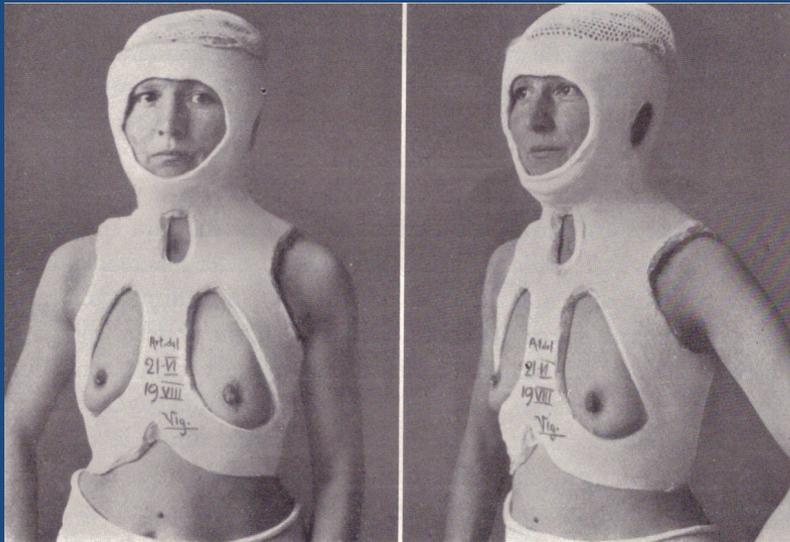


Trattamento delle fratture quasi sempre incruento con apparecchi gessati come quelli tuttora in uso

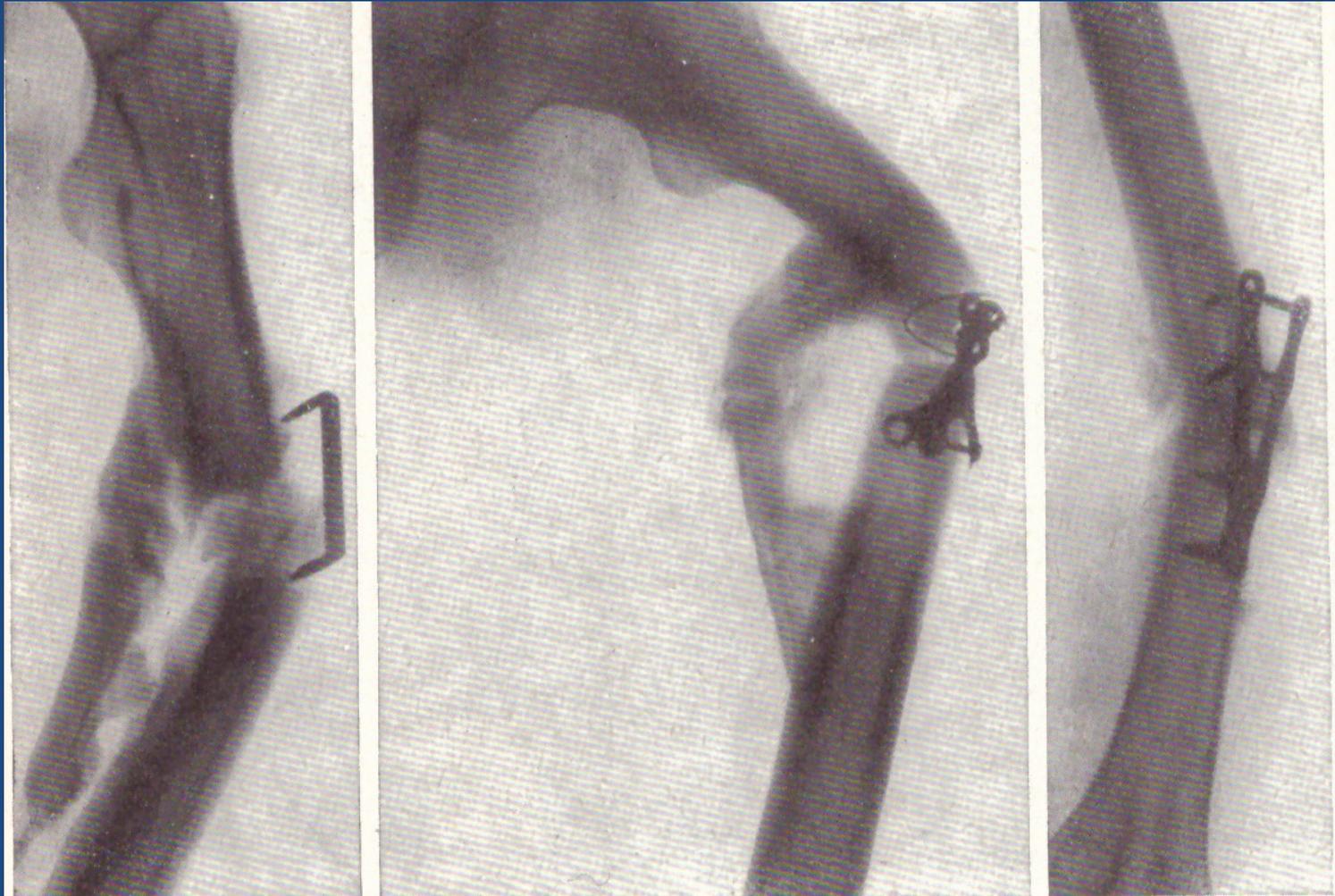


Trattamento delle fratture ⁽²⁾

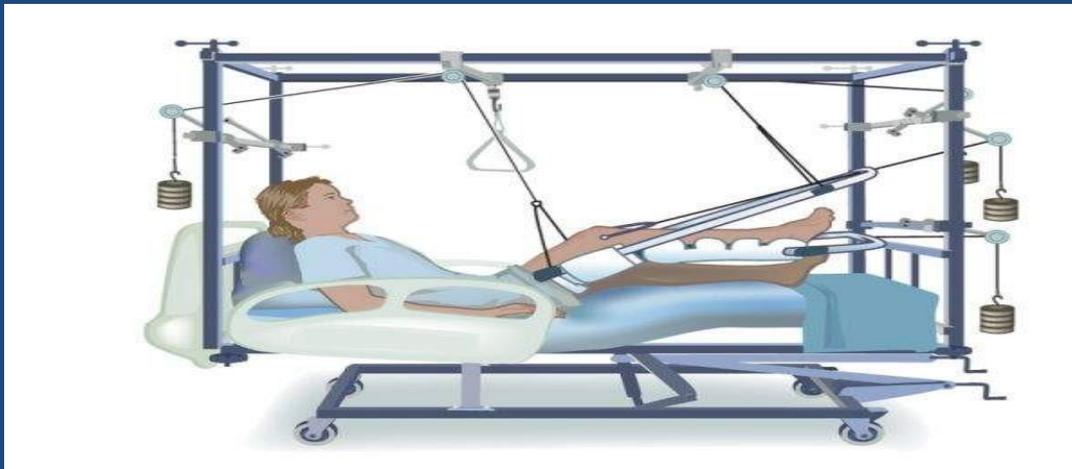
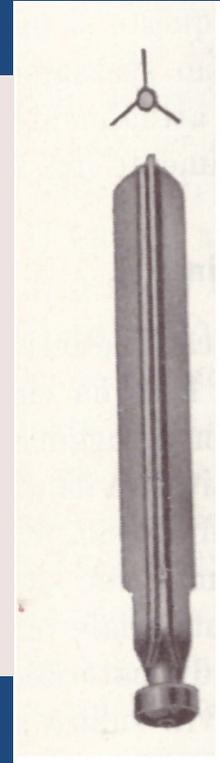
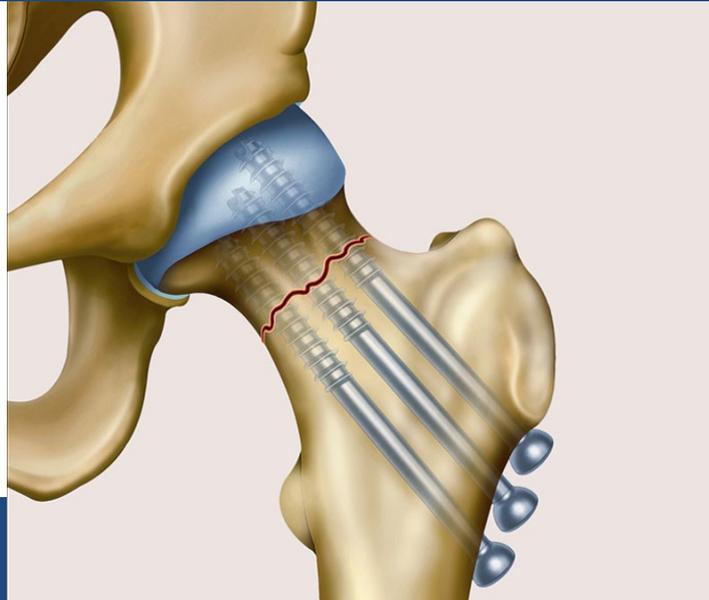
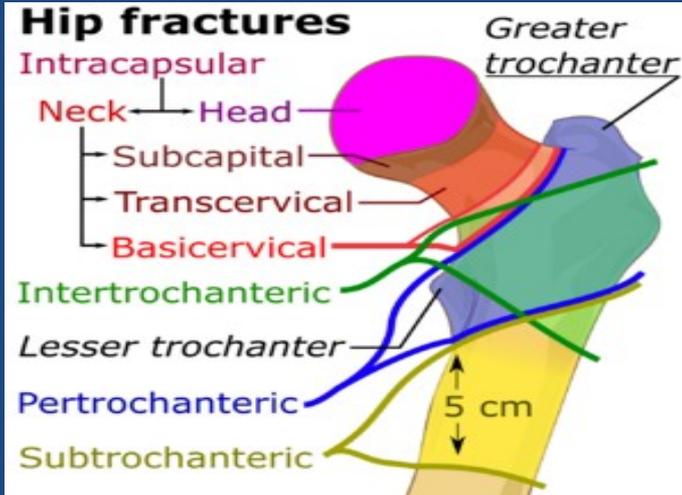
ma anche con quelli di grandi dimensioni, ormai desueti
sostituiti dall'osteosintesi o da apparecchi ortopedici



Osteosintesi rare e inadeguate



Fratture estremo prossimale femore



I progressi dell'ortopedia ⁽¹⁾

(dalla seconda metà degli anni 60)

Dagli apparecchi gessati  osteosintesi



I progressi dell'ortopedia

dall'artrodèsi (che abolisce motilità e flessibilità)



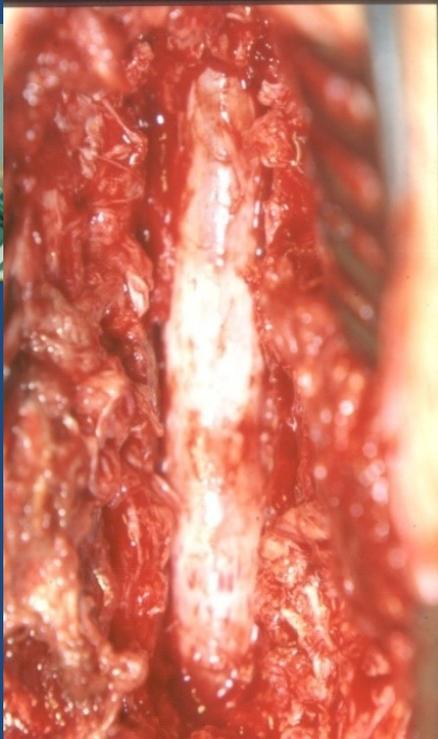
all'artroprotesi (che conserva motilità e flessibilità)



I progressi dell'ortopedia

Chirurgia vertebrale:

- dai busti gessati \longrightarrow stabilizzazione armata (per fratt. mieliche)
- decompressione cauda equina (per stenosi)
- asportazione di ernie discali
- correzione chirurgica di gravi scoliosi



I progressi dell'ortopedia

Artroscopia

Chirurgia robotica (in evoluzione)

Microchirurgia dei nervi e dei vasi periferici



Reimpianti di segmenti di arti e delle dita della mano



Ma un “bel” giorno sono passato

Dalla verticalità decisionale e operativa

alla

orizzontalità passiva del paziente

AVEVO ROTTO IL COLLO DEL FEMORE



Da ortopedico a paziente

improvvisamente mi sono ritrovato in ospedale con

“i bisogni manifesti della persona con frattura da fragilità”

con mia frattura e con le mie “ferite emotive”.

e sono stato preso in carico da bravi colleghi



Da ortopedico a paziente

Da ortopedico, mi sono posto tante domande:

- quando mi opereranno? entro le 48 ore “canoniche”? ci sono molti casi urgenti da operare prima di me ?
- sarò operato in anestesia generale o in anest. spinale ?
- a che tipo di intervento andrò incontro ?
- osteosintesi e rischio la necrosi cefalica ? e mi dovrò rioperare?
- -protesi ? e che protesi mi impianteranno ?
- andrò incontro a complicazioni: infezione, TVP e embolia ?

Da ortopedico a paziente,
Da paziente, mi sono posto tante domande:

- troverò subito un posto in un reparto di riabilitazione o dovrò tornare prima a casa?
- quando potrò ad andare in piedi: con deambulatore o con stampelle?
- per quanto tempo dovrò far uso di appoggi o di ausili?; per sempre?
- resterò zoppo? Riuscirò a mettermi le calze da solo? A guidare di nuovo la macchina? A fare i piccoli lavoretti da solo a casa e in campagna?
- che rischio avrò di una NUOVA FRATTURA ?

Le qualità del buon medico

L'assioma

SAPERE: conoscenza teorica aggiornata

SAPER FARE: capacità di mettere in pratica la conoscenza

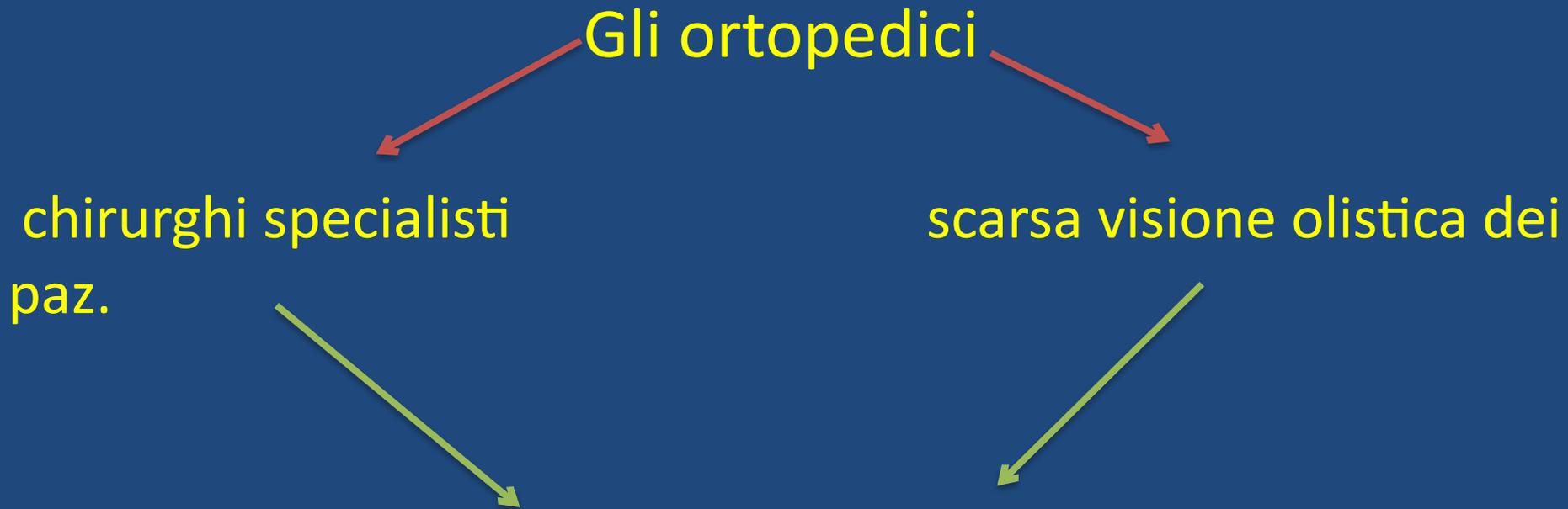
SAPER ESSERE: capacità di relazionarsi con il paziente e con il suo vissuto, attraverso la comunicazione anche non verbale

Le qualità del buon medico

Il Principio

**“non solo curare ma prendersi cura del
paziente”**

Il tempo della comunicazione è tempo di cura



Necessità di collaborazione dell'anziano fragile

ORTOGERIATRIA

Curare l'osteoporosi e prevenire le fratture

La salute non è tutto ma senza salute tutto è niente

A. Schopenhauer

*Grazie per
l'attenzione*