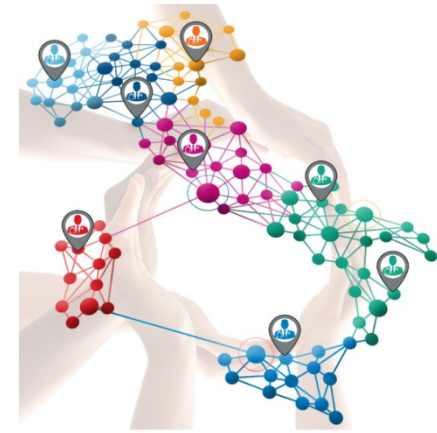




# 4° CONGRESSO NAZIONALE FRAGILITY FRACTURE NETWORK - ITALIA

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



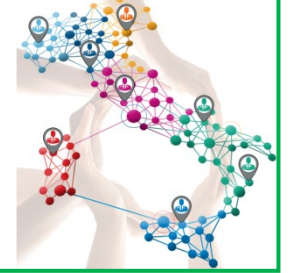
**L'approccio riabilitativo integrato**

**Modelli organizzativi innovativi**

Dott.ssa Valeria Calsolaro  
U.O.C. Geriatria Universitaria  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



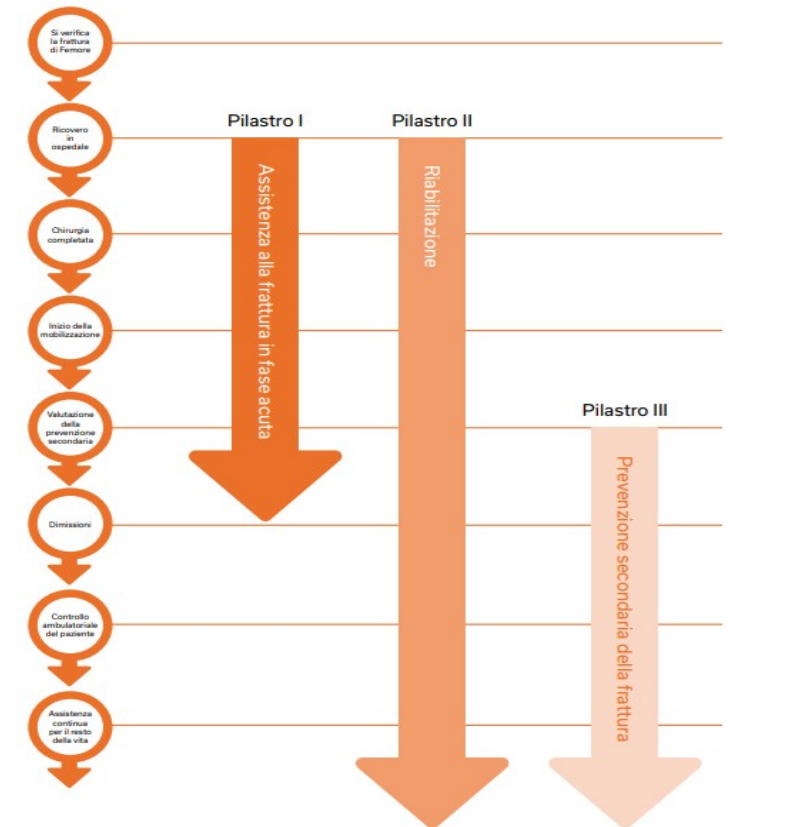
UNIVERSITÀ DI PISA

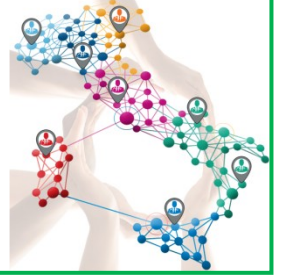


*“Se le corsie per pazienti acuti percepiscono la pianificazione della riabilitazione e della dimissione come una responsabilità che non gli compete, accumuleranno pazienti che sono visti come in attesa di riabilitazione. Questi pazienti non faranno progressi nei primi giorni del post operatorio, e possono essere demoralizzati, confusi e decondizionati quando arriva per loro il momento di spostarsi in un altro ospedale o in strutture riabilitative di comunità”.*

*Blue Book, 2 edizione*

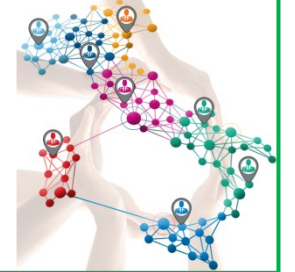
La relazione temporale dei tre Pilastri Clinici durante la fase acuta e l'assistenza a lungo termine.





2016, FFN Hip Fracture Recovery Research Special Interest Group

- Il 40-60% dei partecipanti allo studio riacquistava il livello pre-frattura di mobilità e capacità di effettuare attività strumentali del vivere quotidiano
- Il 20-60% dei soggetti che prima della loro frattura del femore era capace di effettuare in maniera indipendente le attività di igiene personale (come lavarsi o vestirsi) richiedeva assistenza per effettuare queste attività fino a due anni dopo la frattura
- Il 10-20% dei soggetti che presenta una frattura di femore nei paesi Occidentali, come risultato della loro frattura, vengono trasferiti in una residenza protetta.



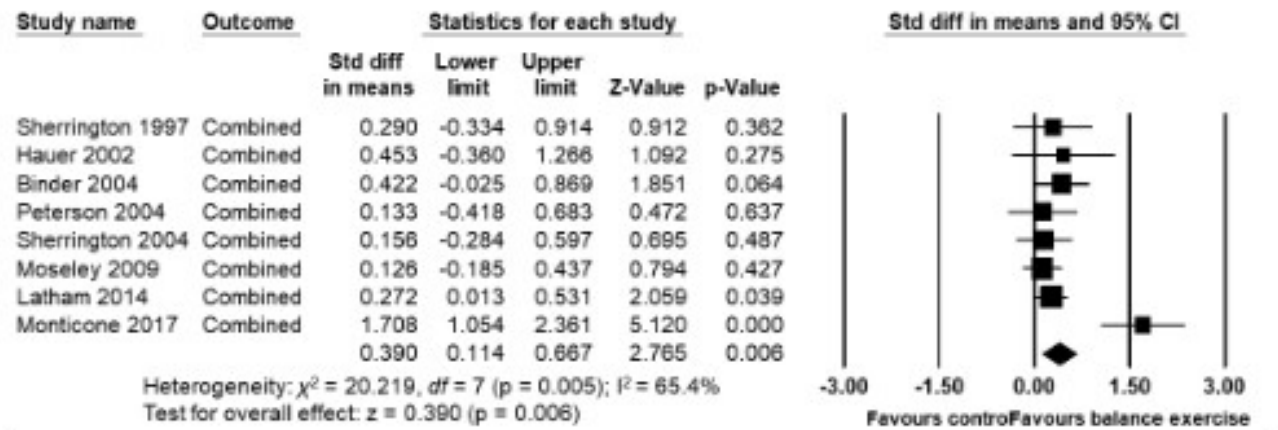
Research Article

## Effect of Balance Training After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Studies

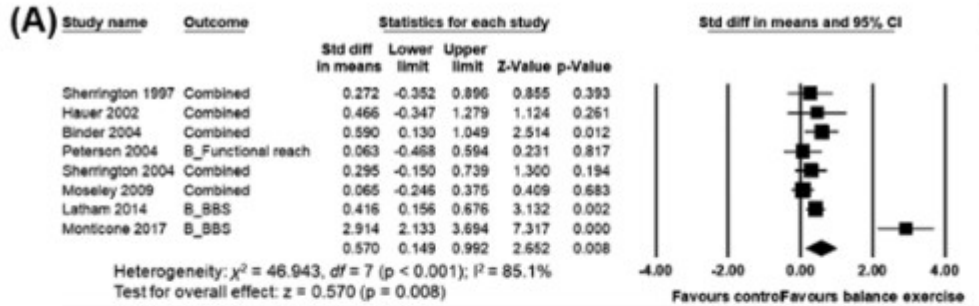
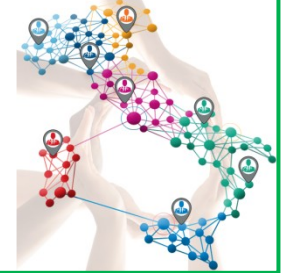
Sang Yoon Lee, MD, PhD,<sup>1,\*</sup> Se Hee Jung, MD, PhD,<sup>1</sup> Shi-Uk Lee, MD, PhD,<sup>1</sup> Yong-Chan Ha, MD, PhD,<sup>2</sup> and Jae-Young Lim, MD, PhD<sup>3,\*</sup>

Balance training su otto RTC, che includevano un totale di 752 pazienti

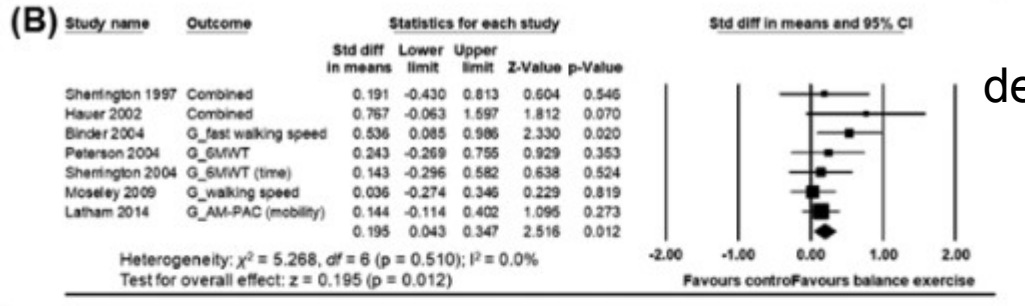
Performance fisica



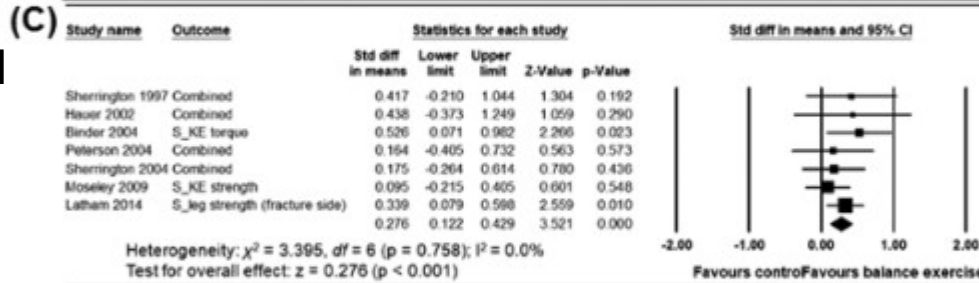
# LA RIABILITAZIONE



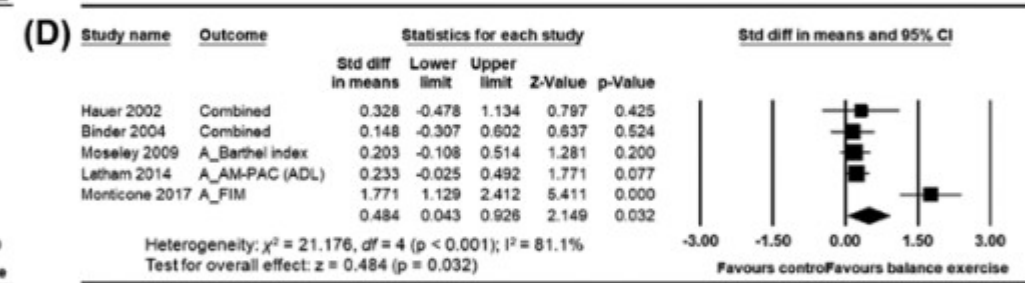
equilibrio



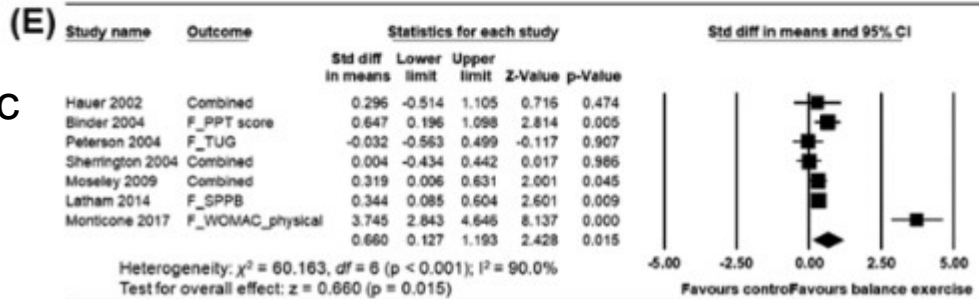
deambulazione



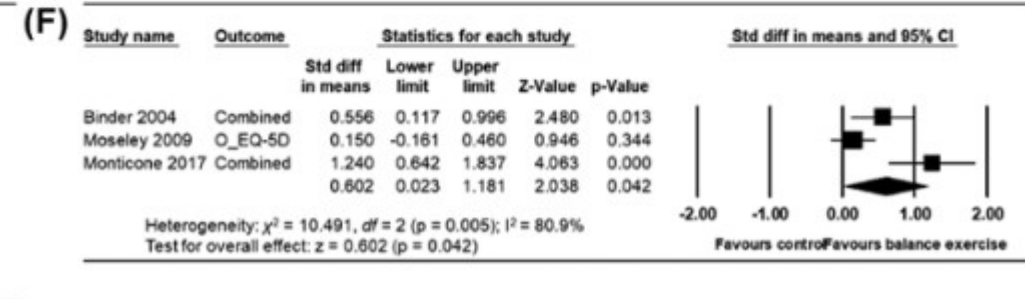
Forza AAI



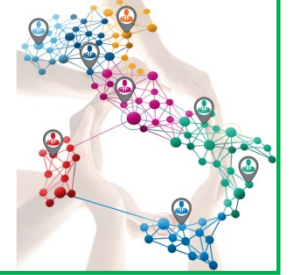
ADL



Performance tasks e SPPB



QoL



## Is Occupational Therapy After Hip Fracture Surgery Effective in Improving Function?

### A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies

Sang Yoon Lee, MD, PhD, Se Hee Jung, MD, PhD, Shi-Uk Lee, MD, PhD,  
Yong-Chan Ha, MD, PhD, and Jae-Young Lim, MD, PhD

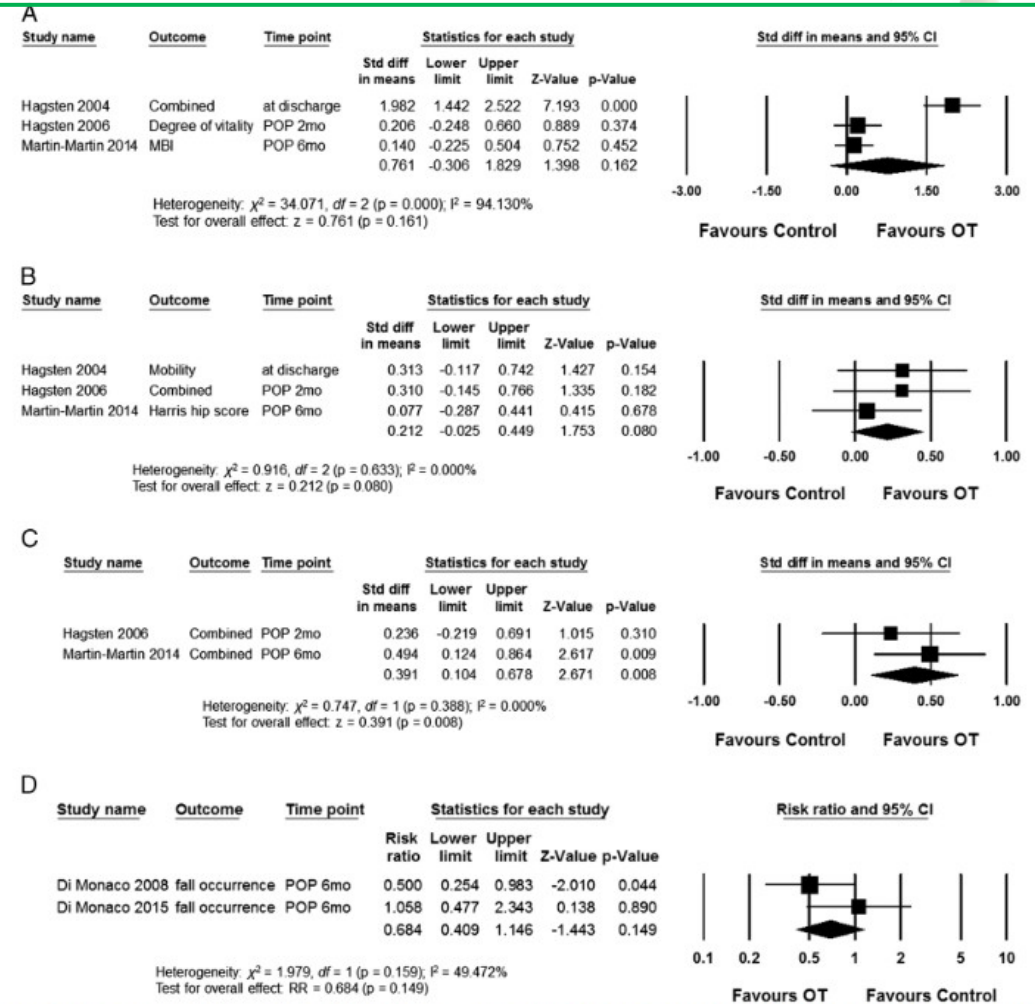
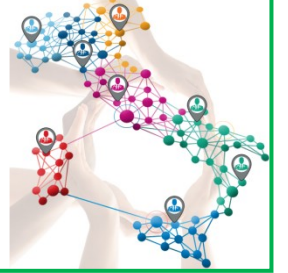



FIGURE 2. Forest plots of the effects of occupational therapy on various characteristics (outcomes): (A) ADL, (B) physical function, (C) health perception and emotion, and (D) fall occurrence. Effect sizes are shown as Hedges' g-standardized mean differences with 95% confidence intervals.



ORIGINAL ARTICLE

IWJ WILEY

## **Efficacy of home-based exercise programme on physical function after hip fracture: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials**

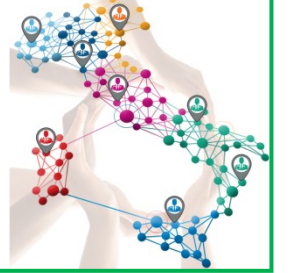
Bo Chen<sup>1</sup> | Nie Hu<sup>2</sup> | Jin-Hai Tan<sup>1</sup> 

11 studi su oltre 500 pazienti per braccio

I programmi di esercizi a domicilio non erano associati a miglioramento significativo in velocità del cammino normale-rapida, equilibrio, ADL o IADL, ma era associato a significativo miglioramento della forza dell'arto fratturato e del controlaterale, e del 6 minutes walking test

Un effetto positivo si è visto anche nella funzione fisica dopo la frattura

# Team Multidisciplinari di Riabilitazione

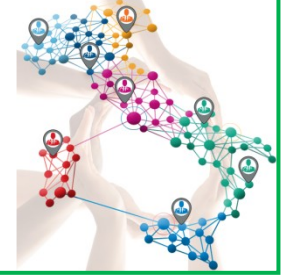


rappresentanti di  
infermieri  
fisioterapia  
fisiatria  
terapia occupazionale  
nutrizione  
assistenti sociali  
psicologia  
farmacia

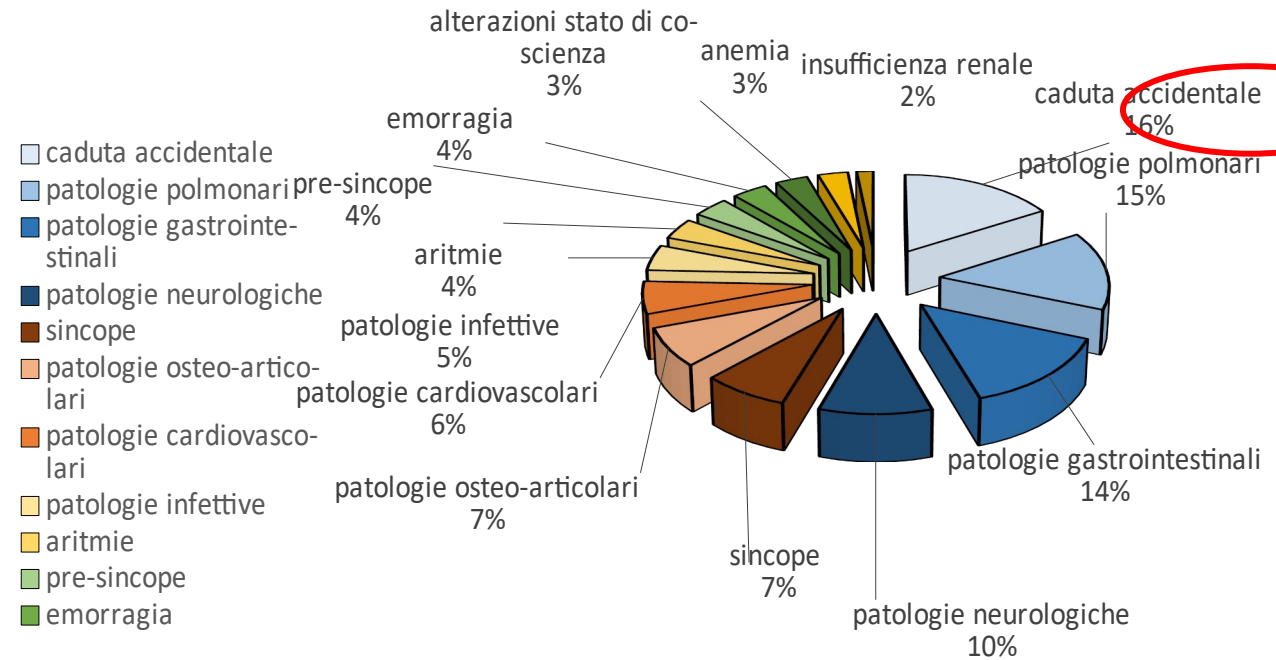
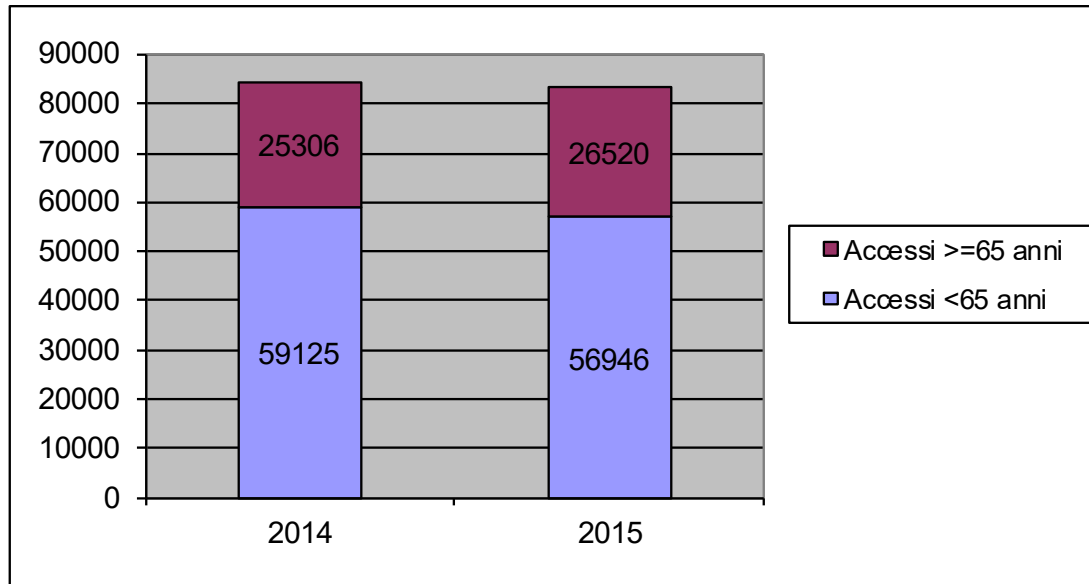


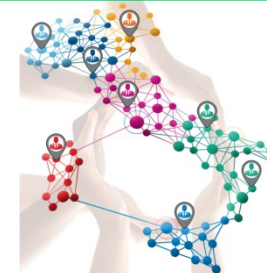
- Un piano di assistenza per i pazienti
- Fissare obiettivi a breve e lungo termine
- Durata della degenza
- Bisogni educazionali del paziente, dei loro assistenti e dei membri della famiglia
- Pianificare la dimissione





## PS - Accessi 2014 e 2015 – Distribuzione per età





Open access

Short report

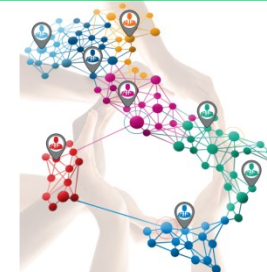
BMJ Open Quality

## Implementing an advanced physiotherapy outpatient triaging service as a model for improvement for patients recently discharged following surgical intervention for hip fracture

---

Rebecca Ferrier,<sup>1</sup> Jack Bell,<sup>2</sup> Katie J Sheehan,<sup>3</sup> Emma Sutton  <sup>4,5</sup>

Team guidato da fisioterapista e che comprende chirurgo ortopedico, amministrativo, infermieri e staff interdisciplinare ambulatoriale

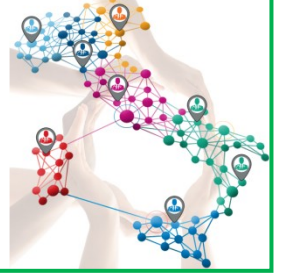


**Table 1** Key implementation strategies

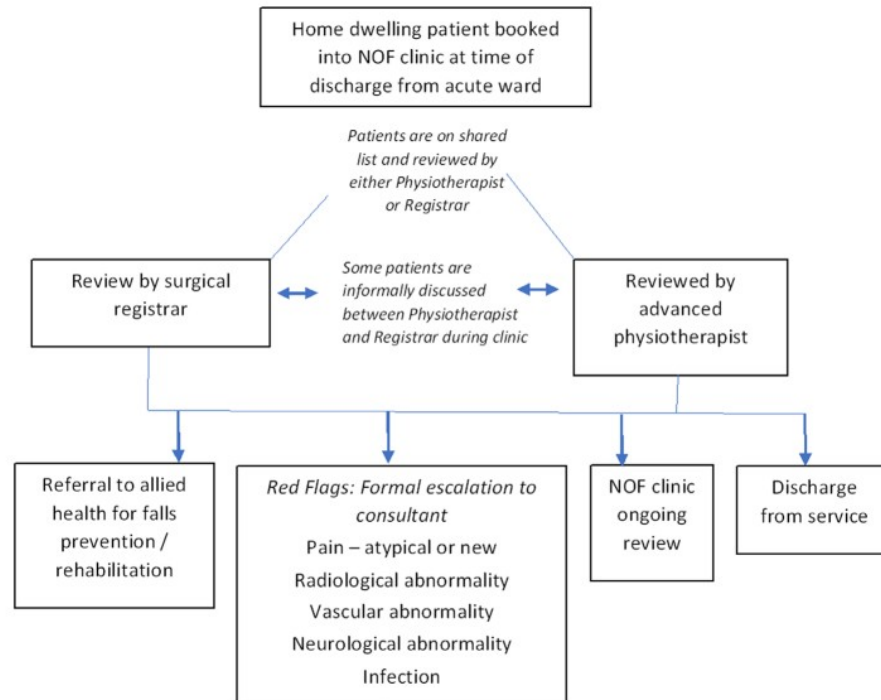
Key implementation strategies applied	ERIC discrete implementation strategy
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Engaged executive and interdisciplinary professional leads through presentations, formal and informal meetings</li> <li>▶ Created an interdisciplinary team to oversee implementation of new model</li> </ul>	Create new clinical teams Build a coalition
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accessed reports demonstrating patients requiring follow up compared with actual appointments being offered over 3 month period</li> <li>▶ Concluded 30% deficit (missed bookings) in actual appointments being offered</li> <li>▶ Reported back to clinicians and administrators to build case for change</li> </ul>	Audit and provide feedback Conduct local needs assessment
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identified changes that are likely to make an improvement - NHS and Victorian models demonstrated advanced physiotherapist with skills to review post orthopaedic surgery patients, largely elective not trauma but transferrable</li> <li>▶ Once our clinic established, clinician became lead project officer in roll out strategy to other QH facilities (both elective and NOF)</li> </ul>	Capture and share local knowledge
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Clinical innovation—establishing NOF clinic; local stakeholders felt this was a problem that was important and needed addressing</li> </ul>	Conduct local consensus discussions
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identified, applied/adapted toolkits for implementation, competency frameworks, learning modules developed by modifying existing modules from Victoria</li> <li>▶ Sharepoint site established for QH dissemination and clinic implementation and data presented at state-wide and national level</li> </ul>	Develop education materials Distribute education materials
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ In early stage of implementation, advanced physiotherapist shadowed in orthopaedic clinic to directly observe consultations</li> <li>▶ Advanced clinician attended existing arthroplasty clinic prior to commencing NOF clinic to identify how to optimise processes around referral and escalation pathways to surgeons</li> </ul>	Shadow other experts Visit other sites
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ For succession planning designated clinician identified to cover leave and were orientated to specific learning material and offered shadow opportunity to experts</li> </ul>	Train the trainer strategies
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Over the 3 years, our follow up timeframes have been changed based on increasing volume of throughput</li> </ul>	Promote adaptability

ERIC, Expert Recommendations for Implementing Change; NHS, National Health Service; NOF, neck of femur; QH, Queensland Health.

Expert  
Recommendations  
for Implementing  
Change (ERIC)



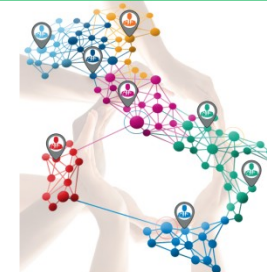
346 pazienti, età media 75 anni, 63% F



Non ci sono stati critiche o disagi da parte dei pazienti, nessuna criticità clinica o conseguenze inattese.

Guadagno di tempo chirurgico di circa 110 ore!

**Figure 1** Flow diagram: model for improvement for patients recently discharged following surgical intervention for hip fracture. NOF, neck of femur.




Open access

Quality improvement report

BMJ Open Quality

## Orthopaedic Out of Bed Project (OOBP): improving early mobilisation following femoral fracture using a therapy-led education programme

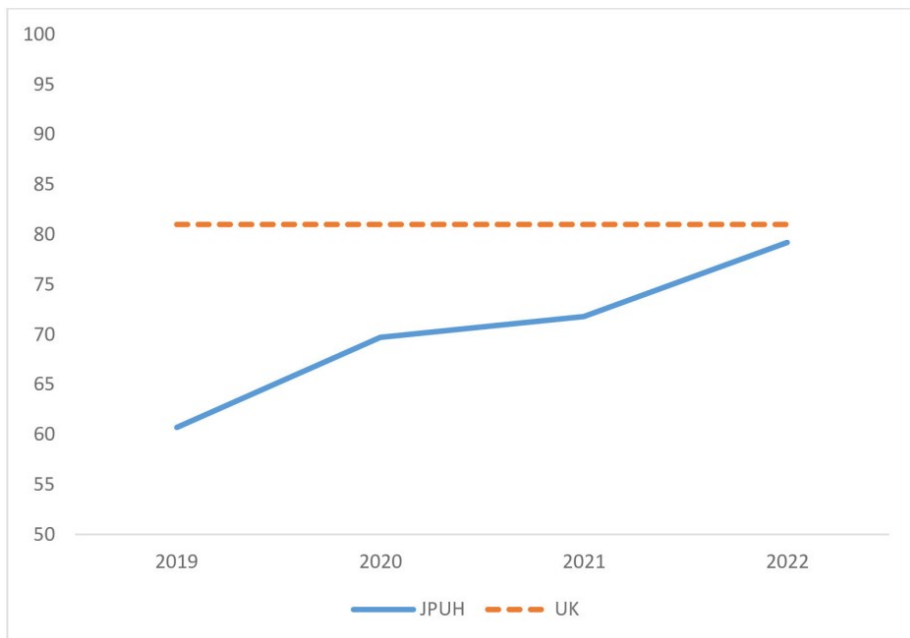
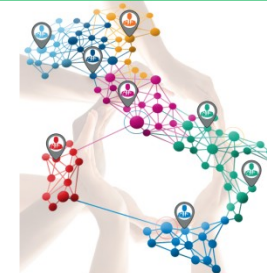
---

Rene Gray  , Melissa Taylor, Ryan Bullock

Il progetto consisteva in collaborazione tra fisioterapista ortopedico, terapeuta occupazionale ed assistenti, impiegati in corsia ortopedica

Le infermiere della traumatologia ed il medico strutturato responsabile si occupavano del training e dell'accesso dello staff ad i meetings, per assicurare che il piano fosse appropriato

# MODELLI INNOVATIVI



- la percentuale dei pazienti mobilizzati dal giorno successivo alla chirurgia è salito dal 60% e 2019 al 79% de 2022
- il numero dei pazienti mobilizzati prima della valutazione fisioterapica è incrementato dal 2 al 30%
- riduzione della mortalità a 30 giorni, dal 10.1% al 7%

# MODELLI INNOVATIVI

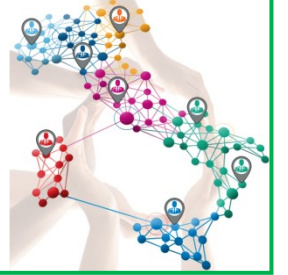
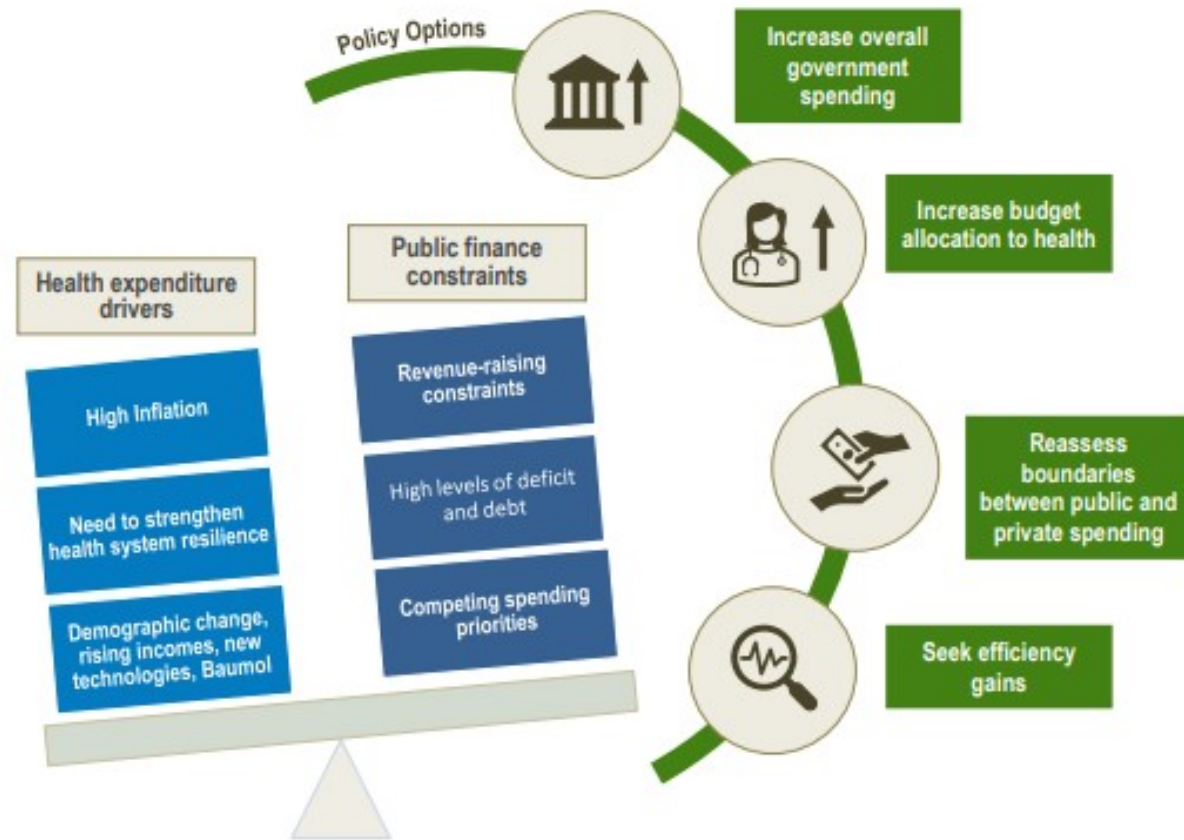
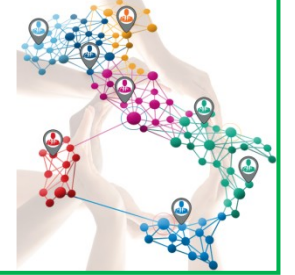


Figure 1.1. The challenge of raising sufficient funds for health within public finance constraints





# MODELLI INNOVATIVI LE CURE INTERMEDIE



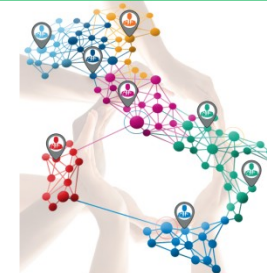
Nell'Area Pisana, in ottemperanza alla Delibera Regionale 909/2017 saranno presenti le seguenti tipologie di *setting* assistenziale:

- **Setting tipo 1 “Low care”**, presso strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti in dimissione ospedaliera nella fase post-acuta per max. 20 giorni (con criterio di accesso ad alto rischio di instabilità clinica, **NEWS 3-4**) (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie approvato con DPRG 17/11/16 n° 79/R”), dotato di assistenza infermieristica-OSS 24h e programmi di riattivazione/riabilitazione estensiva e coordinato dal Medico di struttura;
- **Setting tipo 2 “Residenzialità Sanitaria Intermedia”**, in strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale e media intensità (**NEWS 2-3**) per max. 20 giorni (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del “Regolamento in massima materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” approvato con DPRG 17/11/16 n° 79/R), dotato di assistenza infermieristica-OSS 24h e programmi di riattivazione/riabilitazione estensiva, coordinato dal Medico Specialista di Struttura, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale;
- **Setting tipo 3 “Residenzialità Assistenziale intermedia”**, (**NEWS 0-1**), sperimentazione in atto fino al 31/12/2018 (con riferimento agli aspetti funzionali e organizzativi previsti nell'allegato A) presso strutture residenziali a bassa intensità per anziani non autosufficienti, dotato di assistenza infermieristica-OSS e 24h programmi di riattivazione/riabilitazione estensiva, coordinato dal Medico di Medicina Generale che si avvale della consulenza specialistica programmata e del medico di continuità assistenziale.ù



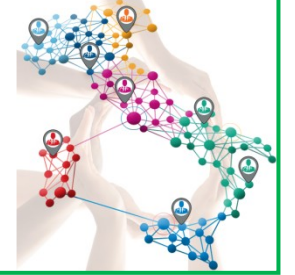


# MODELLI INNOVATIVI LE CURE INTERMEDIE



Poiché l'attuale normativa Regionale che definisce il massimo livello di criticità compatibile con il "LOW care" (NEWS 3 e 4), non renda possibile il ricovero di molti pazienti ormai stabilizzati ma con un grado di acuzie superiore e si suggeriva, in via sperimentale, l'opportunità di suddividere il "Setting 1" in due sezioni

- **Sezione A (Low care standard)**, dotata di 8 posti letto (attualmente 20) con possibilità di degenza secondo quanto stabilito dalla normativa regionale sopradescritta.
- **Sezione B (Low care plus)**, dotata di 16 posti letto (attualmente 24) con possibilità di degenza per pazienti con punteggio **NEWS 5-6**, frequentemente riscontrabile anche in pazienti clinicamente "stabili", con necessità di cure intermedie h24, in dimissione da Ospedale per acuti. Nella "Sezione Low care Plus" dovrà essere garantita dalla AOUP la periodica consulenza plurisettimanale da parte dello Specialista Geriatra e settimanale dello Specialista in Nutrizione Clinica (Geriatra/Internista).



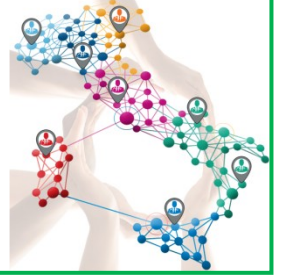
## RISULTATI PRELIMINARI

**Nel periodo di osservazione (1 Dicembre 2022-31 Maggio 2023) i tempi di degenza media sono stati di 8.72 giorni. Il 16.4% dei pazienti ricoverati c/o le Unità di Medicina Interna o l'Unità di Geriatria è stata trasferita presso la Casa di Cura in regime di cura post-acuti (1268 pazienti).**

Di questi pazienti:

- 81.4% è stato dimesso al proprio domicilio (77.7%) o è tornato in RSA (3.7%),
- 2.1% è stato inviato a strutture riabilitative,
- 7.4% trasferito ad altro regime di degenza Low-care (3.7%), Ospedale di Comunità (3.7%)
- 3.7% dei pazienti ha necessitato di un nuovo accesso in Pronto Soccorso.
- 3.9% dei pazienti è invece deceduto all'interno della struttura.

# CONCLUSIONI



- Le fratture da fragilità rappresentano un frequente e crescente problema nella popolazione che invecchia
  - Preservare le autonomie del paziente rappresenta un punto cardine nella pratica ortogeriatrica
    - Oltre alla precocità dell'intervento chirurgico, è fondamentale la PRECOCE mobilizzazione
- Diversi modelli supportano ed incoraggiano la mobilizzazione precoce, stressando l'importanza della collaborazione multidisciplinare
  - Pianificare percorsi di riabilitazione in setting di cure intermedie permetterebbe
    - a) rapida dimissione dall'ospedale facilitando turnover chirurgico e riducendo le attese
    - b) prosecuzione della stabilizzazione di patologie croniche riacutizzate
    - c) esecuzione tempestiva e parallela di riabilitazione