

Deliberazione n° 76 del 15 febbraio 2018

**OGGETTO: PERCORSO RIABILITATIVO DEI PAZIENTI CON FRATTURA DEL FEMORE**

### IL DIRETTORE SANITARIO

#### Premesso che

- con Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004, sono state approvate le Linee guida per le attività della riabilitazione in Campania” che forniscono indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all’interno dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- il “Piano di Indirizzo per la Riabilitazione”, recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13 novembre 2012, promuove la realizzazione del Percorso Riabilitativo unico integrato sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e del Progetto Riabilitativo di Struttura *“in cui ciascuna struttura (reparto, setting, centro, ambulatorio etc.) definisce “ex ante” le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture”*;
- con DCA n. 132 del 31/12/2013 è stato approvato il “Documento d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano”;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. 31 del 2 luglio 2014 è stato costituito il Gruppo di Lavoro Regionale per l’implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, impegnato nella definizione di percorsi riabilitativi per le condizioni a maggior impatto riabilitativo, sulla base di un modello basato sui principi di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità, appropriatezza ed efficacia delle cure, coinvolgimento attivo dell’utente, valutazione dell’efficacia e dell’efficienza della presa in carico;
- con Decreto n. 105 del 1 ottobre 2014 sono state approvate le Linee progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, tra cui la Linea progettuale 3, finalizzata alla ridefinizione del modello organizzativo per l’attuazione di “Percorsi riabilitativi unici integrati per le persone con ictus e per le persone sottoposte a chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio e per frattura del femore”.

#### Considerato che

- il Gruppo di Lavoro Regionale sopra specificato ha elaborato il “Documento d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano” recante le linee di indirizzo sul percorso riabilitativo della persona con frattura di femore, che identifica: – i settings assistenziali, – i criteri di appropriatezza per la scelta del setting assistenziale e per la dimissione/trasferimento ad altro setting, – gli obiettivi attesi, – i principali interventi, – gli operatori coinvolti nell’assistenza/presa in carico, – gli indicatori di performance;
- tali linee di indirizzo regionali aventi come oggetto - “Percorso riabilitativo della persona con frattura del femore” – sono state approvate con Decreto Regionale n. 69 del 21/12/2017 e pubblicato sul BURC n. 4 del 15/01/2018.

### **Visto che**

questa Direzione Sanitaria, di concerto con il Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia, Dott. Gaetano Bruno e il Responsabile della UOSD Recupero e Riabilitazione Funzionale, Dott. Michele Fusco ha elaborato un "Percorso riabilitativo dei pazienti con frattura del femore" e relativi allegati, in linea con le indicazioni date dal Decreto Regionale summenzionato e che, acclusi alla presente delibera, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

### **Ritenuto che**

lo scopo del Percorso allegato alla presente delibera è:

- Per il paziente:

1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti;
2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al domicilio;
3. favorire il recupero funzionale, ridurre le eventuali complicanze e la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita della persona;

- Per il sistema sanitario regionale:

1. favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse;
2. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche;
3. definire un set di indicatori di performance e promuovere a livello locale e regionale attività di monitoraggio e di audit;
4. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti.

### **Attestata**

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia

### **PROPONE**

1. di adottare il "Percorso riabilitativo dei pazienti con frattura del femore" e relativi allegati che, acclusi alla presente delibera, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. di individuare il Dott. Michele Fusco, Responsabile della UOSD Recupero e Riabilitazione Funzionale, referente Aziendale per le attività di verifica e monitoraggio dell'applicazione del Percorso riabilitativo di cui al presente provvedimento;
3. di trasmettere copia del presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili/dirigenti delle UU.OO clinico-assistenziali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
4. di rendere la stessa immediatamente eseguibile in considerazione dell'urgenza.

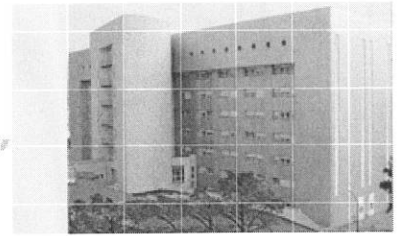
**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Dott.ssa Antonietta Siciliano

Vista la su estesa proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
Dott. Gaetano Gubitosa



**Azienda Ospedaliera  
di Caserta**  
**"Sant'Anna e San Sebastiano"**  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione



**Percorso riabilitativo dei "pazienti con frattura di femore"**  
affidenti all'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano  
dalla fase post chirurgica alla dimissione/trasferimento presso altro setting riabilitativo  
(ai sensi del D.C.A. 69 del 21.12.2017)

**Premessa**

La frattura del femore è uno dei maggiori problemi di salute pubblica legato all'aumento della popolazione anziana, con costi che incidono pesantemente sui bilanci sanitario e sociale.

Le conseguenze legate alle fratture del femore sono pesanti, sia in termini di morbilità che di impatto socio economico. Pertanto, un percorso riabilitativo - assistenziale appropriato risulta essere determinante in termini di salute, ai fini di una migliore qualità possibile della vita ed un più precoce ed adeguato reinserimento sociale.

Per quanto sia un evento che può verificarsi a tutte le età, è noto che la frattura di femore riguarda specialmente gli anziani. Pur potendo interessare diverse porzioni del femore, nella stragrande maggioranza dei casi sua maggiore frequenza è nella parte prossimale, cioè il collo del femore.

La cura di queste fratture consiste, nella maggior parte dei casi, in un intervento chirurgico:

le linee guida internazionali definiscono necessario intervenire il più precocemente possibile, con il risultato – ben documentato anche da studi italiani – di migliorare la sopravvivenza a medio e breve termine e facilitare il recupero dello stato funzionale pre-frattura.

Nonostante l'elevato rischio dovuto all'età spesso avanzata e alle condizioni generali del paziente, un intervento tempestivo permette di ridurre al minimo il tempo di immobilizzazione a letto, impedendo così la comparsa di complicazioni come piaghe da decubito, disturbi respiratori e circolatori, alterazioni psichiche o infezioni urinarie che compaiono con grande frequenza soprattutto nell'anziano costretto a letto.

In linea generale, quindi, tutti i pazienti dopo frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo post acuto ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale pre-frattura sia



già stato raggiunto al termine della fase acuta o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare a non identificare obiettivi riabilitativi.

Gli studi epidemiologici hanno identificato una varietà di fattori in grado di influenzare gli esiti a breve e a lungo termine, alcuni preesistenti all'evento acuto (l'età del paziente, lo stato funzionale pre-frattura, lo stato cognitivo, le comorbidità), altri conseguenti alla frattura e al trattamento (sviluppo di complicanze intraospedaliere, ed in particolare di delirium, scarso controllo del dolore, prolungata immobilizzazione).

Negli ultimi anni sono sempre più numerose le evidenze dell'efficacia del management dei pazienti con frattura di femore al fine di migliorare l'outcome finale. In particolare, la complessità dei bisogni medici, chirurgici e riabilitativi del paziente anziano fratturato richiede una presa in carico multidisciplinare che affronti non solo la riparazione chirurgica della frattura ma la globalità dei problemi preesistenti ed emergenti attraverso il tipico approccio multidimensionale geriatrico e riabilitativo.

L'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta è inserita nelle reti dell'emergenza e accoglie pazienti affetti da frattura di femore inviati dal 118 o provenienti da altri presidi.

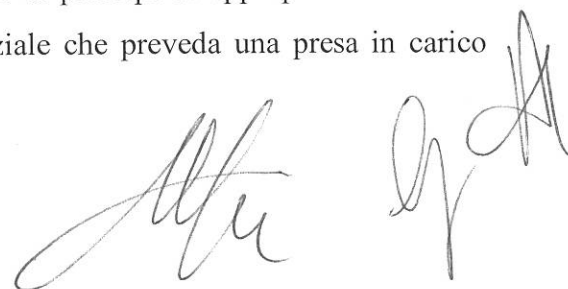
Presso questa Azienda, dati statistici (AGENAS) relativi all'anno 2014, riportano 191 ricoveri per frattura di femore di cui il 2% trattati chirurgicamente entro le 48 h. Dati della UOC AMAS aziendale, relativi all'anno 2017, riportano, per la medesima patologia, 220 ricoveri di cui il 65% trattati chirurgicamente entro le 48 h.

Appare evidente l'accelerazione impressa alla gestione della frattura di femore, soprattutto in termini di precocità del trattamento chirurgico, rendendo necessaria l'adozione di un percorso riabilitativo aziendale formulato sulla base delle principali raccomandazioni delle Linee Guida italiane ed internazionali sull'argomento, basato sulla precocità della presa in carico riabilitativa.

Per questa tipologia di pazienti è fondamentale garantire condizioni di:

- precocità della presa in carico;
- attuazione ed adozione di strumenti omogenei che consentano una comunicazione tra le varie strutture delle informazioni sensibili sulla base di un linguaggio comune e condiviso;
- attivazione delle procedure per la continuità terapeutica dal momento della presa in carico della persona con frattura di femore sino alla definizione del profilo funzionale con individuazione del setting successivo più appropriato.

Tale modello organizzativo deve necessariamente rispondere ai principi di appropriatezza dettati dalla normativa vigente, individuando un percorso assistenziale che preveda una presa in carico globale già nell'UOC Ortopedia.





## Riferimenti normativi

Le Linee guida per la riabilitazione in Regione Campania (DGRC 482/2004) ed il Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regione 2011) definiscono i criteri di accesso e di appropriatezza alle diverse fasi della riabilitazione rimarcando l'importanza del modello bio-psico-sociale e della presa in carico globale e precoce delle persone con disabilità.

Con il DCA n. 69 del 21/12/2017, pubblicato nel B.U.R.C. n. 4 del 15 gennaio 2018, la Regione Campania ha approvato le linee di indirizzo sul percorso riabilitativo della persona con frattura di femore, facendo obbligo ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie di formalizzare con atto deliberativo il relativo percorso aziendale, definendo così le procedure operative ed organizzative per la realizzazione dello stesso. In tal modo si intende assicurare il sistematico collegamento e la condivisione degli strumenti di valutazione fra i diversi ambiti assistenziali, mediante il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), a garanzia di una maggiore tempestività ed appropriatezza degli interventi riabilitativi e di ottimizzazione delle risorse.

## Metodologia operativa

Il presente documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro composto da:

- direttore UOC Ortopedia dott. Gaetano Bruno;
- dirigente medico fisiatra, responsabile della UOSD Recupero e Riabilitazione funzionale dott. Michele Fusco
- dirigente medico della UOSD Recupero e Riabilitazione funzionale Dott. Giuseppe Ferrara

Il percorso riabilitativo è definito sulla base delle linee guida italiane ed internazionali che forniscono le indicazioni organizzative per l'applicazione delle buone pratiche, la pianificazione della transizione dei pazienti nei vari setting di cura e la valutazione con i principali indicatori di performance da applicare agli interventi proposti, secondo le linee di indirizzo regionali.

L'applicazione del percorso contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dai LEA, i cui principali presupposti sono il rispetto dei tempi per l'intervento chirurgico ed il precoce recupero delle funzioni danneggiate e delle attività e capacità di partecipazione del soggetto, secondo il modello bio-psico-sociale (I.C.F.).

Gli elementi cardine del percorso sono:

- 1) la tempestività degli interventi;
- 2) l'affidamento del paziente ad un team esperto;
- 3) la continuità del percorso riabilitativo;
- 4) il passaggio al successivo setting appropriato;
- 5) il collegamento tra le attività ospedaliere e quelle territoriali.







## Percorso riabilitativo aziendale dei pazienti con frattura di femore

### Pazienti inclusi:

Il presente percorso è rivolto ai pazienti identificati dai seguenti codici ICD9: da 820.0 a 820.9 e da 821.0 a 821.3.

### Fasi del percorso:

Fase 1: Trattamento fisioterapico precoce entro 24 ore dall'intervento chirurgico;

Fase 2: Presa in carico da parte del team riabilitativo entro 48 ore dall'intervento chirurgico;

Fase 3: Dimissione presso il domicilio o trasferimento presso altro setting riabilitativo (cod. 56, cod. 60, RSA).

### Fase 1: Trattamento riabilitativo entro 24 ore dall'intervento chirurgico

Dopo l'intervento chirurgico, il **medico ortopedico** fornisce indicazioni al fisioterapista presente nella UOC Ortopedia sul tipo di intervento effettuato, sulla stabilità dell'impianto e sui tempi di carico, ai fini del trattamento riabilitativo precoce. Tali indicazioni sono riportate in una scheda con diario giornaliero, allegata in cartella, nella quale sono, altresì, trascritte le tipologie di trattamento fisioterapico effettuato.

Il suddetto **fisioterapista**, entro 24 ore dall'intervento chirurgico avvia un programma riabilitativo, che proseguirà fino alla presa in carico multidisciplinare, che prevede il ricorso a:

- posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e della sicurezza nei trasferimenti;
- training educativo del paziente e dei caregiver per il mantenimento del corretto assetto posturale, per evitare complicanze quali lussazioni degli elementi protesici qualora utilizzati nella terapia chirurgica;
- nel caso vi sia la concessione al carico è indicato l'ortostatismo e il training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili. I criteri per l'identificazione dell'ausilio nelle diverse fasi sono: la tipologia di carico, la garanzia della sicurezza del paziente in base alle sue capacità funzionali e il livello cognitivo e sensoriale;
- nei pazienti per i quali non vi sia concessione al carico il programma prevederà in ogni caso la gestione dei passaggi posturali e dei trasferimenti e il counselling del caregiver.

L'intervento fisioterapico deve essere integrato da un nursing messo in atto dagli **infermieri dell'UOC Ortopedia**, che preveda la prevenzione dei danni cutanei e osteo-mio-articolari da



immobilità (movimentazione frequente a letto, adozione di presidi antidecubito e ausili per il corretto posizionamento).

Nelle prime 24 h, inoltre, il medico ortopedico richiede **l'attivazione del team riabilitativo multidisciplinare**, documentandone la richiesta in cartella clinica.

**Fase 2: Presa in carico riabilitativa da parte del team multidisciplinare (UVBR) aziendale entro 48 ore dall'intervento chirurgico con predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale**

**Il Team riabilitativo multidisciplinare** è così composto: Medico fisiatra, Medico chirurgo ortopedico, Fisioterapista UOSD Recupero e Riabilitazione funzionale, Infermiere, Assistente sociale, eventualmente integrato da altri specialisti consulenti.

Entro 48 ore dall'intervento chirurgico il team, coordinato dal medico fisiatra, effettua la **valutazione** del paziente.

Accanto alla valutazione delle condizioni cliniche si indicano, come strumenti indispensabili per un monitoraggio del trattamento fisioterapico e delle valutazioni funzionali per la prognosi riabilitativa, le seguenti scale:

- Numeric Rating Scale - NRS o PainAid (in pazienti con deterioramento cognitivo), per il dolore.
- Range Of Motion – ROM, per la mobilità articolare.
- Scala del Medical Research Council – MRC, per la forza muscolare.
- Barthel Index – BI, per il grado complessivo di disabilità.

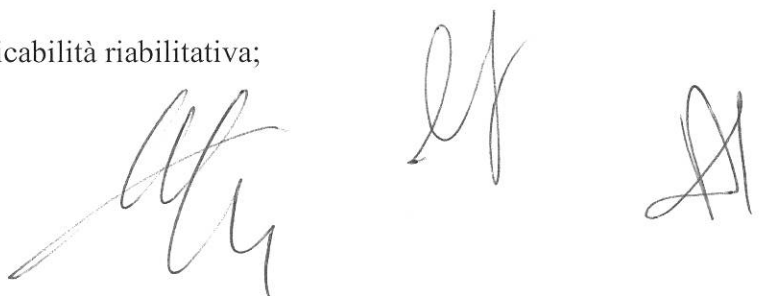
**In questa fase viene effettuata anche la valutazione socio-assistenziale che consente di acquisire ulteriori dati per la scelta del setting successivo alla fase acuta.**

Durante la presa in carico è importante considerare tutti quegli elementi preesistenti che possono influenzare lo sviluppo e l'esito del programma riabilitativo come ad esempio le patologie concomitanti, i deficit della deambulazione e dell'equilibrio, le diminuite capacità visive e motorie, il deterioramento cognitivo.

**Pilastro portante dell'intervento riabilitativo è il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che è formulato dal fisiatra in collaborazione con le altre figure professionali del team. Il PRI è lo strumento corredato di tutte le informazioni necessarie sui bisogni riabilitativi e assistenziali del paziente, garantisce la continuità assistenziale riabilitativa e, adeguatamente aggiornato, accompagna il paziente tra i diversi setting per tutto l'iter riabilitativo.**

Il PRI è elaborato sulla base di:

A) valutazione clinica, funzionale e della modificabilità riabilitativa;





- B) giudizio prognostico riabilitativo, tenendo conto di: comorbidità e complessità clinica, stato cognitivo da valutare e documentare attraverso strumenti specialistici standardizzati, stato funzionale pre-frattura, tecnica chirurgica utilizzata, concessione al carico, rete sociale;
- C) obiettivi raggiungibili e misurabili;
- D) tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti;
- E) setting appropriato per le cure successive.

**Il team multidisciplinare in questa fase:**

- predisporre il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), secondo il modello allegato, definendo i primi programmi riabilitativi utili a garantire la risposta assistenziale a breve termine, classificando il paziente col CORE SET ICF per la fase acuta;
- comunica al Direttore del Distretto di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico,
- promuove il coinvolgimento dei familiari e del caregiver;
- sulla base delle valutazioni e degli obiettivi individuati nel PRI definisce precocemente le modalità di dimissione dalla fase acuta attivando tempestivamente il percorso assistenziale successivo;
- individua il setting appropriato per il trattamento riabilitativo in fase post acuta, secondo i criteri in seguito specificati;
- concorda, con il paziente o con i familiari, il trasferimento diretto in altra struttura per il prosieguo del trattamento riabilitativo o il rientro a domicilio;
- in caso di trasferimento presso altra struttura, programma per tempo il passaggio al successivo setting assistenziale tramite accordi con la struttura accettante (invio di richiesta di disponibilità al ricovero allegando il PRI).

**Fase 3: Dimissione presso il domicilio o trasferimento presso altra struttura (cod. 56, cod. 60, RSA)**

La dimissione del paziente avviene, di norma, entro 6-7 gg dall'evento acuto quando:

- le condizioni cliniche risultano totalmente o parzialmente stabilizzate;
- non vi è la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non sono programmati interventi chirurgici urgenti.

**In caso di dimissione al domicilio (seguendo i criteri in seguito riportati) :**

- viene inviata comunicazione al MMG allegando il PRI;
- viene consegnata al paziente una copia del PRI;
- il trasporto avviene con l'utilizzo di mezzi propri.





In caso di necessità di ricovero in strutture di riabilitazione ospedaliera (cod. 56 o cod. 60), oppure presso RSA, per i casi previsti ed in seguito illustrati, considerato che presso l'Azienda Sant'Anna e San Sebastiano non sono attivi posti letto per tali attività, il team riabilitativo (UVBR) dell'Azienda invia la richiesta di trasferimento, insieme al P.R.I., a più strutture riabilitative pubbliche o private accreditate col SSR.

Il trasferimento sarà effettuato presso la struttura che per prima comunicherà la disponibilità al ricovero. A questo punto del percorso la Direzione Sanitaria provvede al trasferimento, con impiego dell'ambulanza Aziendale e senza oneri a carico del paziente.

**All'atto del trasferimento viene consegnata al paziente copia del PRI allegandone copia in cartella.**

**Contemporaneamente vengono notificati via mail (PEC) al Direttore del distretto di residenza del paziente sia la destinazione del paziente che il PRI.**

#### **Indicatori di performance fase acuta ospedaliera:**

- % di pazienti che iniziano il trattamento fisioterapico entro 24 h dall'intervento chirurgico;
- % di pazienti per i quali viene attivato il team riabilitativo entro 48 h dall'intervento chirurgico;
- % di pazienti per i quali viene definito il Progetto Riabilitativo Individuale;
- % di pazienti per i quali è stata inviata tempestiva comunicazione al Distretto di residenza;
- % di pazienti dimessi/trasferiti con individuazione del setting riabilitativo postacuto appropriato;

#### **Indicatori di esito**

Miglioramento significativo del grado di indipendenza raggiunta dal paziente negli spostamenti dal letto e dalla sedia (con o senza strumenti di sostegno) già prima della dimissione dalla UOC Ortopedia.

#### **Criteri di individuazione del setting per la riabilitazione post acuta**

L'**individuazione del setting successivo** per proseguire la riabilitazione dopo la fase acuta è effettuata sulla base della valutazione di appropriatezza clinica ed organizzativa, secondo le seguenti indicazioni:

**1. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con adeguato stato cognitivo e presenza di una buona rete sociale, vengono dimessi:**

- a) in caso di concessione al carico precoce: con indicazione alla **riabilitazione estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale)** - Profilo riabilitativo ex DCA 64/2011 e 88/2012: "PR10" per i soggetti di età inferiore a 65 anni o soggetti con età superiore a 65 anni in buone condizioni di salute o PR26c;
- b) in caso di concessione al carico tardivo: con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base** già definite cure prestazionali, fino alla concessione del





carico. Successivamente accesso alla **riabilitazione estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale)** come al punto 1a).

**2. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con stato cognitivo compromesso e buona rete sociale vengono dimessi:**

- a) in caso di concessione al carico precoce: con indicazione alla **riabilitazione estensiva residenziale**, il cui livello assistenziale e durata dei trattamenti è definito nel progetto riabilitativo individuale;
- b) in caso di concessione al carico tardivo: con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base** già definite cure prestazionali, **oppure in ADI (a seconda dell'impegno assistenziale)** fino alla concessione del carico e successivo trasferimento in **struttura di riabilitazione estensiva residenziale** la cui durata ed intensità sarà stabilita nel PRI.

**3. I pazienti in assenza di comorbidità e complessità clinica, con adeguato stato cognitivo, rete sociale assente vengono dimessi:**

- a) in caso di concessione al carico precoce: indicazione alla **riabilitazione estensiva residenziale** per un periodo non superiore a 15 gg.;
- b) in caso di concessione al carico tardivo: indicazione ad un **ricovero temporaneo in RSA** e successivo trasferimento in **di riabilitazione estensiva residenziale**.

**4. I pazienti con comorbidità e complessità clinica, stato cognitivo adeguato e buona rete sociale vengono dimessi:**

- a) *in assenza di necessità di tutela medico-infermieristica h 24*
  - a1) in caso di concessione al carico precoce: indicazione alla **riabilitazione extraospedaliera estensiva ambulatoriale**; per i casi complessi si opta per il regime semiresidenziale oppure di DH presso UO ospedaliera di riabilitazione intensiva (cod. 56);
  - a2) in caso di concessione al carico tardivo: con eventuale indicazione a **cure domiciliari di livello base** già definite cure prestazionali, **oppure in ADI (a seconda dell'impegno assistenziale)** fino alla concessione del carico e successiva rivalutazione del caso per passaggio a riabilitazione intensiva.
- b) *in presenza di necessità di tutela medico-infermieristica h24:*
  - b1) in caso di concessione al carico precoce: vengono trasferiti in **U.O. ospedaliera di riabilitazione intensiva (Cod . 56)**;
  - b2) in caso concessione al carico tardivo: trasferiti in **UO ospedaliera di riabilitazione estensiva (Cod. 60)**.



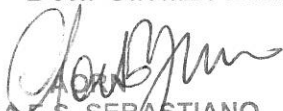


5. *I pazienti con comorbidità e complessità clinica che rendono necessaria la tutela medico-infermieristica h 24, stato cognitivo compromesso vengono trasferiti:*  
sia in caso di carico precoce che di carico tardivo: in **struttura ospedaliera di riabilitazione estensiva (Cod. 60)**, con indicazione a rivalutare la possibilità di un successivo trasferimento in **riabilitazione ospedaliera intensiva (cod. 56)**;
6. *I pazienti con prognosi riabilitativa di scarsa modificabilità, con comorbidità e complessità clinica che rendono necessaria la tutela medico-infermieristica h24, stato cognitivo compromesso e rete sociale assente vengono trasferiti:*  
sia in caso di carico precoce che di carico tardivo: in **UO di lungodegenza (cod. 60)** fino a stabilizzazione e fino al permanere di necessità di tutela medico-infermieristica h 24. Successivamente dovrà essere valutato l'inserimento in **RSA**.

Allegato: Modello PRI

**Il Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia**

**Dott. Gaetano Bruno**

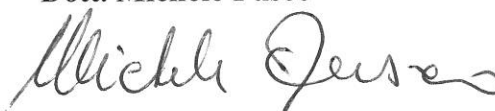


S.ANNA E S. SEBASTIANO  
CASERTA

Dott. Gaetano Bruno  
Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
CE 004475

**Il Direttore UOSD Recupero e Riabilitazione Funzionale**

**Dott. Michele Fusco**



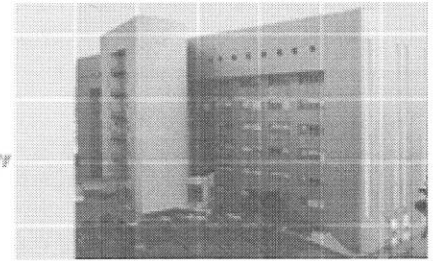
**II DIRETTORE SANITARIO**  
REGIONE CAMPANIA  
A.O.R.N. S. ANNA E S. SEBASTIANO  
CASERTA  
Direttore Sanitario  
Dr.ssa Antonietta Siciliano







**Azienda Ospedaliera  
di Caserta**  
"Sant'Anna e San Sebastiano"  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione



**U.O.S.D. Riabilitazione**

Responsabile dott. Michele Fusco

[recuperoriabilitazione@ospedalecasertapec.it](mailto:recuperoriabilitazione@ospedalecasertapec.it)

**Progetto riabilitativo individuale della persona con Frattura di Femore**

Cognome	Nome	
Sesso            M                            F	Luogo di nascita Data di nascita	
Cittadinanza	Stato Civile	
Residenza	Asl	Distretto N. Tel.
Domicilio	Tel. Familiari/Caregiver	
C.F.	Titolo di studio: Professione:	
UOC Degenza: <b>Ortopedia</b> Direttore: <b>dott. Gaetano Bruno</b>	Data di ricovero	
Diagnosi (Icd 9)	Data Intervento	
Patologie Associate		
Data di inizio trattamento fisioterapico	Medico referente U.O.C. Ortopedia	
Medico specialista in riabilitazione responsabile del team riabilitativo <b>Dott. Giuseppe Ferrara</b>	Medico Medicina Generale	

Data di comunicazione al Distretto di avvenuta presa in carico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**CORE SET ICF (per la fase acuta)****Menomazioni delle funzioni corporee(b)**

	Descrizione	Qualificatore
<i>b110</i>	<i>Coscienza</i>	
<i>b140</i>	<i>Attenzione</i>	
<i>b144</i>	<i>Memoria</i>	
<i>b28015</i>	<i>Dolore arto inf.</i>	
<i>b550</i>	<i>Termoregolazione</i>	
<i>b420</i>	<i>Pressione sanguigna</i>	
<i>b430</i>	<i>Sistema ematologico</i>	
<i>b440</i>	<i>Respirazione</i>	
<i>b7301</i>	<i>Forza muscolare</i>	
<i>b7100</i>	<i>Mobilità</i>	
<i>b820</i>	<i>Riparazione della cute</i>	

**Menomazioni delle strutture corporee(s)**

	Descrizione	Qualificatore
<i>s750</i>	<i>Arto inferiore</i>	

**Attività e partecipazione(d)**

	Descrizione	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
<i>d410</i>	<i>Cambiare posizione</i>		
<i>d420</i>	<i>Trasferirsi</i>		
<i>d450</i>	<i>Camminare</i>		
<i>d455</i>	<i>Spostarsi</i>		
<i>d510</i>	<i>Lavarsi</i>		
<i>d530</i>	<i>Bisogni corporali</i>		

**Fattori ambientali(e)**

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
<i>e1151</i>	<i>Prodotti e tecnologia di assistenza per l'uso personale nella vita quotidiana</i>	.	+
<i>e1201</i>	<i>Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto in ambienti interni ed esterni</i>	.	+
<i>e310</i>	<i>Famiglia</i>	.	+
<i>e355</i>	<i>Operatori sanitari</i>	.	+
<i>e580</i>	<i>Servizi – sistemi e politiche sanitarie</i>	.	+





**FORMULAZIONE DEL GIUDIZIO  
PROGNOSTICO RIABILITATIVO**

**Fattori clinici**

**Preesistenti**

---

---

---

**Emergenti**

---

---

---

**Stato Cognitivo**

---

---

---

**Rete Sociale**

---

---

---

*Handwritten signatures*



**SCHEMA PROGETTO**  
**(Da compilare presso la UOC di Ortopedia)**

AREA DI INTERVENTO	Lista descrittiva dei problemi	ICF con qualificatori	Scale/test utilizzati per definire la gravità del qualificatore o il peso del facilitatore	Programmi attivati, Metodologie e Responsabili	ICF alla dimissione	Obiettivi da raggiungere nel setting successivo
Funzioni vitali di base e stabilità internistica						
Mobilità e trasferimenti						
Funzioni senso-motorie						
Autonomia cura della persona e ausili						
Funzioni cognitive, comunicative e relazionali						



Handwritten signatures in the bottom right corner of the page.



Indicazioni	Complessità clinica	Stato cognitivo	Rete Sociale	Setting
1	Assente	Adeguate	Buona	<p><b>a) Carico precoce</b> Riabilitazione Estensiva ambulatoriale (specialistica ambulatoriale DCA 64/2011 e 88/2011)</p> <p><b>b) Carico tardivo</b> Cure domiciliari di livello base</p>
2	Assente	Compromessa	Buona	<p><b>a) Carico precoce</b> Riabilitazione estensiva residenziale base</p> <p><b>b) Carico tardivo</b> Cure domiciliari di livello base</p>
3	Assente	Adeguate	Assente	<p><b>a) Carico precoce</b> Riabilitazione estensiva residenziale</p> <p><b>b) Carico tardivo</b> Ricovero temporaneo in RSA disabili (medio livello) e successivo trasferimento riabilitazione estensiva residenziale</p>
4	Presente	Adeguate	Buona  Non Influyente	<p><b>NO tutela medico-infermieristica h24</b></p> <p><b>a1) Carico precoce</b> Riabilitazione estensiva ambulatoriale per casi complessi o semiresidenziale o DH cod. 56</p> <p><b>a2) Carico tardivo</b> Cure domiciliari di livello base</p> <p><b>SI tutela medico-infermieristica h24</b></p> <p><b>b1) Carico precoce e</b> Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (UOC cod.56)</p> <p><b>b2) Carico tardivo</b> Riabilitazione Estensiva Ospedaliera (UOC cod.60)</p>
5	Presente	Compromessa	Non influente	<p><b>Sia Carico precoce che Carico tardivo</b></p> <p><b>SI tutela medico-infermieristica h24</b> Riabilitazione Estensiva Ospedaliera (UOC cod.60) Con indicazione a rivalutare successivo trasferimento in Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (UOC cod.56)</p>
6	Presente	Compromessa	Assente	<p><b>SI tutela medico-infermieristica h24</b> Lungodegenza (UOC cod.60) con rivalutazione per RSA</p>





**Eventuali note**

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Medico specialista in riabilitazione

---

Firma del paziente/familiare/caregiver

---

AORN  
S. ANNA E S. SEBASTIANO  
CASERTA  
Dott. Gaetano Bruno  
Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
CE 004476







**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017

deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

**DELIBERA**

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

**ADOPTARE** il “Percorso riabilitativo dei pazienti con frattura del femore” e relativi allegati che, acclusi alla presente delibera, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

**INDIVIDUARE** il Dott. Michele Fusco, Responsabile della UOSD Recupero e Riabilitazione Funzionale, referente Aziendale per le attività di verifica e monitoraggio dell'applicazione del Percorso riabilitativo di cui al presente provvedimento;

**TRASMETTERE** copia del presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili/dirigenti delle UU.OO clinico-assistenziali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;

**RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile in considerazione dell'urgenza.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



