

INTERVISTA AL DOTTOR ANGELO BIANCHETTI, RESPONSABILE DIPARTIMENTO MEDICINA E RIABILITAZIONE CLINICO SANT'ANNA DI BRESCIA

Frattura del femore, l'esperienza si vince con l'apporto multidisciplin

Gli studi più recenti e la diffusione delle esperienze di Orto geriatria hanno permesso di evidenziare che la mortalità si riduce se l'intervento è effettuato precocemente (entro 48 ore) e se la riabilitazione è iniziata immediatamente dopo l'intervento.

Dottor Bianchetti, parliamo della riabilitazione nella frattura di femore nel paziente anziano, ci racconti l'esperienza dell'Orto geriatria?

“Le fratture di femore nei soggetti anziani rappresentano una delle cause più frequenti di ospedalizzazione (si calcola che in Italia siano circa 100.000 ogni anno i ricoveri per frattura di femore negli over 65 anni e quasi il 70% di questi ha più di 80 anni), sono gravate da elevata mortalità (fino al 30% ad un anno) e da perdita dell'autonomia (fino al 60% degli anziani fratturati non recupera completamente sul piano funzionale). L'età è il principale fattore di rischio di caduta e di conseguente frattura di femore (a 85 anni il rischio è 10 volte più alto che a 70 anni); la presenza di malattie (soprattutto demenza, morbo di Parkinson e altri disturbi della marcia, malattie cardiocircolatorie e metaboliche) aumentano ulteriormente il rischio di caduta nell'anziano e la presenza di osteoporosi aumenta il rischio di frattura. Un approccio chirurgico tempestivo e una precoce riabilitazione sono elementi fondamentali per migliorare l'outcome della frattura di femore nell'anziano, riducendo la mortalità e aumentando il recupero funzionale. La complessità e il crescente numero di pazienti geriatrici con frattura di femore prossimale hanno imposto la necessità di sviluppare specifici modelli assistenziali, definiti Unità di Orto geriatria, nelle quali lavorano in team ortopedici, geriatri, fisiatristi e fisioterapisti. L'Orto geriatria come modalità assistenziale ed organizzativa permette - la gestione dei pazienti anziani fratturati di femore da parte di un team multidisciplinare fin dalle fasi iniziali dell'accesso in ospedale: la creazione di percorsi preferenziali con l'unità di riabilitazione motoria; l'intervento chirurgico precoce (preferibilmente entro 24-48 ore); l'adeguata assistenza peri e post operatoria in

team; l'avvio precoce della riabilitazione nel post-operatorio; l'elaborazione del percorso assistenziale post-dimissione”.

Perché l'apporto multidisciplinare è vincente?

“È dimostrato che la gestione multidisciplinare e interdisciplinare del paziente anziano con frattura di femore migliora gli outcome di salute e il recupero funzionale post intervento, riducendo il ricorso all'istituzionalizzazione e facilitando il rientro al domicilio. La collaborazione in un team multidisciplinare che si fa carico del paziente fin dal suo arrivo in pronto soccorso e lo segue lungo tutte le fasi (da quella chirurgica fino alla riabilitazione e alla programmazione del rientro al domicilio) permette un tempestivo intervento chirurgico nella maggior parte dei casi, un più rapido recupero del cammino e minori complicanze a breve e medio termine. Il paziente anziano (soprattutto nelle età più avanzate) presenta una elevata comorbidità, politerapie, è più soggetto a complicanze quali infezioni, stato confusionale, alterazioni idro elettrolitiche e metaboliche e quindi la sua gestione richiede un approccio specialistico e un piano di assistenza dedicato. Tutto questo non è sempre possibile in un ambiente monospecialistico che non ha, naturalmente, una specifica cultura geriatrica”.

Un tempo la frattura di femore nell'anziano era il preludio alla morte, oggi?

“Gli studi più recenti e la diffusione delle esperienze di Orto geriatria hanno permesso di evidenziare che la mortalità si riduce se l'intervento è effettuato precocemente (entro 48 ore) e se la riabilitazione è iniziata immediatamente dopo l'intervento. Naturalmente la mortalità è correlata alle condizioni iniziali di salute del soggetto ed all'età. Nella nostra esperienza oltre il 90% dei pazienti con più di 65 anni con frattura di femore viene sottoposto ad

intervento (nel 60% dei casi entro 48 ore dalla frattura). La mortalità intraospedaliera (incluso il periodo di riabilitazione) è del 2% (più bassa di quella descritta in letteratura del 5% circa). Alla dimissione dalla riabilitazione (la degenza media è di 8 giorni in ortopedia e di 22 giorni in riabilitazione) più del 50% dei soggetti recupera una autonomia almeno parziale (va ricordato che circa un terzo dei casi era già non autosufficiente prima della frattura). Nella nostra esperienza due terzi circa dei pazienti rientra al domicilio (in molti casi viene attivato un servizio di supporto assistenziale domiciliare), circa il 20% prosegue il trattamento riabilitativo in reparti a maggiore durata di degenza e meno del 3% va in casa di riposo. Questi risultati non sono facilmente ottenibili in reparti tradizionali”.

Dottor Bonaspetti, quali sono le vostre tecniche per affrontare la frattura di femore nel soggetto

anziano?

“Dobbiamo distinguere due grossi gruppi di fratture del 3° prossimale di femore. Quelle mediali, ossia prossime all'articolazione dell'anca e quelle laterali ossia prossime alla diafisi. Quelle mediali vengono trattate preferenzialmente con sostituzione dell'articolazione. La sostituzione può essere parziale, la sola porzione prossimale del femore, e viene definita endoprotesi, o totale, sia la porzione prossimale del femore che l'acetabolo,



Angelo Bianchetti



Giovanni Bonaspetti

E AL DOTTOR GIOVANNI BONASPETTI, RESPONSABILE UO TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA 2 DELL'ISTITUTO

dell'Ortogeriatría: linare



porzione del bacino. Queste ultime vengono definite come protesi totale. Le protesi parziali o endoprotesi vengono fatte ai grandi anziani o a pazienti con particolari problemi osteoarticolari. Hanno la caratteristica di richiedere una minor aggressione chirurgica e quindi un minor sanguinamento e ridotti tempi chirurgici, ed avere un minor rischio di lussazione, ma hanno una durata media inferiore. Le protesi totali vengono fatte a pazienti con una aspettanza di vita superiore o con alte richieste funzionali. Le fratture laterali di femore vengono preferenzialmente trattate mediante sintesi, ossia mediante fissazione della frattura tramite chiodi o placche. Le protesi, se non in casi molto particolari, concedono un carico immediato al malato permettendo la ripresa della marcia e quindi dell'autonomia nel giro di qualche giorno. La sintesi delle fratture laterali del femore concede un carico precoce solo se eseguita con chiodi posizionati con particolare attenzione nelle zone di massima resistenza dell'osso. Il paziente anziano è inevitabilmente colpito da una riduzione della resistenza meccanica dell'osso, l'osteoporosi. Esistono tecniche particolari per aumentare la resistenza meccanica dell'osso come l'iniezione di cemento, tecniche utilizzate solo in casi selezionati".

E i tempi di guarigione?

"Nel moderno concetto dell'Ortogeriatría la guarigione non può essere legata alla sola frattura. Il paziente anziano che subisce una frattura di femore è frequentemente affetto da numerose patologie che ne modificano fortemente la prognosi. Nello specifico le fratture mediali dell'anziano trattate con protesi concedono un carico immediato e quindi i tempi di guarigione sono quelli legati alla ferita chirurgica. Le fratture trattate con la sintesi concedono quasi sempre un carico quantomeno parziale. La guarigione della frattura richiede un tempo medio di 2 mesi".

Come assicurare la migliore assistenza possibile ad un anziano fragile?

"La 'fragilità' rappresenta una condizione di transizione dalla situazione di benessere e di autonomia a quella di disabilità. L'età avanzata, la multimorbilità e il trattamento con molti farmaci, la presenza di decadimento cognitivo e fisico (perdita di peso, perdita di forza, malnutrizione) rappresentano i principali fattori di rischio di fragilità e di passaggio verso la disabilità. Eventi traumatici, come la frattura di femore, possono portare un soggetto ancora autonomo verso un declino funzionale e cognitivo. Il trattamento tempestivo della patologia di base, l'uso accorto dei farmaci, il sostegno alla nutrizione, la mobilitazione precoce, la stimolazione ambientale sono gli elementi essenziali per una gestione ottimale dell'anziano fragile. Questo è possibile in un ambiente di cura che, indipendentemente dalla patologia prevalente, è multidisciplinare, con il coinvolgimento attivo dell'infermiere, del terapeuta, dello psicologo, dell'assistente sociale. E con una forte alleanza con la famiglia e con la medicina del territorio". ■