



Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1627 DEL 29/12/2015

OGGETTO: Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal . 29/12/2015

Il funzionario:FIRMATO

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio di cui all'allegato A) che fa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di dare mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di avviare l'applicazione dei suddetti percorsi e di prevedere a distanza di un anno dall'adozione del presente provvedimento un a verifica della loro attuazione;
- 4) di pubblicare il presente atto nel BUR.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

f.to Catia Bertinelli

IL PRESIDENTE

f.to Catuscia Marini

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio.

Le patologie osteoarticolari rappresentano una delle affezioni più diffuse nei soggetti con età superiore ai 65 anni e sono la causa più frequente di malattie invalidanti. In Italia nel 2013 sono stati effettuati 97.000 interventi all'anca e 65.000 di artroprotesi primarie di ginocchio.

L'alto tasso d'invecchiamento ha determinato un progressivo incremento degli interventi di impianto protesico e della successiva presa in carico riabilitativa con un notevole impatto organizzativo ed economico a carico del servizio sanitario regionale.

Nel 2013 sono stati eseguiti, nella nostra regione, 2307 primi impianti protesici d'anca e di ginocchio per pazienti residenti in Umbria, di cui 952 interventi effettuati fuori regione. Le revisioni sono state 164 di cui 69 effettuate fuori regione. I primi impianti effettuati in Umbria per cittadini residenti in altre regioni sono stati 764 mentre le revisioni sono state 74. I tempi di attesa regionali per l'effettuazione dell'intervento chirurgico relativi ad un campione in cui era disponibile la data di prenotazione, circa il 50% della casistica, sono stati in media di 85,38 giorni.

Sempre nel 2013 la percentuale dei soggetti residenti ed operati in Umbria che vengono indirizzati presso una struttura riabilitativa sono circa il 52% per i pazienti operati in strutture pubbliche e il 64% per quelli operati in strutture private accreditate e convenzionate. I pazienti operati invece fuori regione vengono inviati in strutture riabilitative nel 60% dei casi. Di questi il 20% circa rientra in strutture riabilitative umbre .

I dati dimostrano che oltre l'80 % dei pazienti operati a cui segue un un precoce ricovero in riabilitazione intensiva, entro dieci giorni dalla dimissione chirurgica, ricevono un trattamento riabilitativo da una struttura pubblica, privata accreditata o extraregionale.

I percorsi assistenziali riabilitativi descritti nel documento allegato al presente atto sono rivolti a tutti i soggetti con patologie osteoarticolari e per i quali è programmato un intervento di artroprotesi di anca e di ginocchio per ottimizzare il loro percorso di cura finalizzato al raggiungimento del maggior livello di autonomia personale prima del rientro a domicilio.

La presa in carico riabilitativa viene effettuata già in fase acuta, subito dopo l'intervento chirurgico, attraverso una valutazione dell'Unità di Valutazione Riabilitativa (UVR), composta dal Medico Specialista in Riabilitazione, dal Chirurgo Ortopedico, dal Fisioterapista, dall'infermiere di reparto e dal paziente e/o dai suoi familiari.

Alla dimissione dal reparto chirurgico il paziente dovrà avere già iniziato il programma di riabilitazione che potrà proseguire o con il ricovero in riabilitazione intensiva/estensiva, o in regime ambulatoriale o a domicilio.

Nel documento di definizione dei percorsi sono stati definiti indicatori di processo e di esito assistenziale sia di tipo clinico che riabilitativo da monitorare nel tempo per un'eventuale implementazione del percorso individuato.

Nel loro insieme gli indicatori costituiscono una base regionale per la raccolta di informazioni sul percorso del paziente e per la valutazione delle performance dei programmi aziendali.

Per quanto sopra premesso si propone l'approvazione dei percorsi assistenziali e riabilitativi per il paziente affetto da artrosi trattato con arto protesi di anca e di ginocchio di cui all'allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Perugia, lì 21/12/2015

L'istruttore
Mara Zenzeri

FIRMATO

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, li 22/12/2015

Il responsabile del procedimento
Mara Zenzeri

FIRMATO

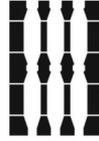
PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;
Visto il documento istruttorio;
Atteso che sull'atto è stato espresso:
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia li 23/12/2015

Il dirigente di Servizio
Gianni Giovannini

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE

OGGETTO: Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

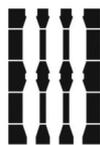
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 23/12/2015

IL DIRETTORE
EMILIO DUCA

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato alla Coesione sociale e Welfare

OGGETTO: Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 23/12/2015

Assessore Luca Barberini

FIRMATO

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, li

L'Assessore

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER IL
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO DEL PAZIENTE
AFFETTO DA ARTROSI TRATTATO CON
ARTROPROTESI DI ANCA E DI GINOCCHIO**

Indice

1. INTRODUZIONE	2
2. OBIETTIVO	2
3. SITUAZIONE ATTUALE	3
4. FASE PREOPERATORIA E PROGRAMMAZIONE DEL RICOVERO RIABILITATIVO	4
5. FASE OSPEDALIERA E RIABILITATIVA PRECOCE	5
6. PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE	6
7. CRITERI PER LA RIABILITAZIONE IN FASE POST-ACUTA	6
8. STIMA DEL FABBISOGNO RIABILITATIVO IN UMBRIA	7
9. INDICATORI DI MONITORAGGIO	8
10. METODOLOGIA PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO	9
BIBLIOGRAFIA	11
SITOGRAFIA	11
APPENDICE A	12
APPENDICE B	13

1. Introduzione

L'artrosi è una malattia sociale, rappresentando una delle affezioni più diffuse nel mondo.

In Italia le malattie reumatiche colpiscono 5 milioni e mezzo di abitanti, cioè un decimo della popolazione. L'artrosi rappresenta da sola il 72.6% delle malattie reumatiche.

L'artrosi colpisce prevalentemente l'anca e il ginocchio. Quando, dopo un tentativo prolungato di trattamento conservativo, non si ottiene la risoluzione della sintomatologia dolorosa, fortemente invalidante per i pazienti che ne sono affetti, si rende necessario sottoporre gli stessi ad un intervento di artroplastica, cioè di sostituzione protesica (1, 2).

La protesi consente la ripresa della funzionalità e la risoluzione della sintomatologia dolorosa con significativo miglioramento della qualità della vita, come è ampiamente dimostrato da numerosissimi articoli pubblicati sulle riviste scientifiche nazionali ed internazionali (3, 4, 5).

Tale dato ha spinto le strutture sanitarie di tutto il mondo ad incrementare il numero di impianti protesici, sia per l'acquisizione di nuovi progressi nel campo delle tecniche chirurgiche e dei biomateriali, sia per l'invecchiamento della popolazione, con una relativa domanda di cura e riabilitazione e un conseguente notevole impatto economico ed organizzativo a carico del SSN. Gli ultimi dati disponibili del R.I.A.P. (Registro Italiano ArtroProtesi) sono del 2013 (sitografia) il numero di artroprotesi totali d'anca primarie registrato in Italia nel 2013 è di 97.000 circa, mentre il numero di artroprotesi primarie di ginocchio è di 65.000 circa. Tale numero è inevitabilmente destinato ad aumentare, come dimostrano numerosi studi, pubblicati prevalentemente da autori statunitensi (sitografia).

Alcuni dati della letteratura scientifica dimostrano che dopo un intervento di artroprotesi di anca e ginocchio per artrosi è indicato uno specifico trattamento riabilitativo e che questo è tanto più efficace, rispetto al recupero funzionale ed alla riduzione del dolore, quanto più è precoce rispetto al momento dell'intervento ed intensivo (6, 7).

D'altro canto ci sono poche evidenze sulla scelta del setting più idoneo per la riabilitazione in fase post-acuta. La presa in carico riabilitativa si dimostra in grado di influenzare positivamente anche la qualità della vita dei soggetti operati (8, 9).

Nel 2013 sono stati eseguiti **2307** primi impianti protesici di anca e di ginocchio per pazienti residenti in Umbria, di cui **952** interventi effettuati fuori regione. Le revisioni sono state 164 di cui 69 effettuate fuori regione. I primi impianti effettuati in Umbria per cittadini residenti in altre regioni sono stati **764** mentre le revisioni sono state 74 (vedi Tab. 3).

Alla dimissione dal reparto chirurgico, il paziente potrà avere iniziato il programma di riabilitazione, ma non sarà ancora autosufficiente e necessiterà di ulteriore e prolungata riabilitazione. Stabilire per ogni paziente un appropriato percorso riabilitativo dopo intervento di artroprotesi di anca e ginocchio, per ottenere una sufficiente autonomia al rientro a casa, è decisivo per il risultato complessivo dell'intervento.

2. Obiettivo

Questo Percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo (PDTAR), analizzando l'intero processo assistenziale dei pazienti che vengono sottoposti ad intervento di artroprotesi di anca e ginocchio per artrosi, ha lo scopo principale di garantire

a tutti i pazienti operati accesso diretto alle cure riabilitative post-chirurgiche presso i servizi della regione Umbria secondo criteri prestabiliti.

3. Situazione attuale

I dati regionali dei tempi di attesa per l'effettuazione dell'intervento chirurgico nel 2013, seppure relativi a campione in cui era disponibile la data di prenotazione (circa 50% della casistica), sono in media 85,38 giorni (vedi Tab. 1)

Tab. 1

TEMPI DI ATTESA DEI PAZIENTI UMBRI OPERATI PER CHIRURGIA ELETTIVA DI ARTROPROTESI DI ANCA E GINOCCHIO	DRG 544	DRG 545
Pazienti residenti in Umbria operati nell'ambito regionale	1.260	95
casi con compilazione corretta data prenotazione	1.244	71
Casi con data prenotazione diversa data ingresso attesa>0	1.061	53
giorni di attesa	90.591	3.612
attesa media	85,38	68,15
casi con giorni=0	182	18
casi con data non compilata	16	24

Nel 2013 la percentuale dei soggetti residenti ed operati in Umbria che vengono indirizzati presso una struttura riabilitativa sono il 52,3% per i pazienti operati in strutture pubbliche e il 63,5% per quelli operati in strutture private accreditate e convenzionate. I pazienti operati invece fuori regione vengono inviati in strutture riabilitative nel 60% dei casi. Di questi il 20% rientra in strutture riabilitative umbre (vedi Tab. 2).

Tab.2

RESIDENTI IN UMBRIA CON RICOVERI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DOPO INTERVENTI DI CHIRURGIA PROTESICA DI ELEZIONE (DRG 544-545) anno 2013						
Pazienti con diagnosi di dimissione diverse da frattura DIAGNOSI INDIVIDUATE						
71515' 71525' 73342' 71516' 71526' 71535' 71536' 71856' 73314' 73315' 73381' 73382' 73641' 73642' 75431' 75563' 9053' 9054' 99640' 99641' 99642' 99643' 99644' 99647' 99666' 99677' V4364' V4365' V5481'	DRG 544	DRG 545	TOTALE	ricoverati entro 10 gg in riabilitazione intensiva	PARI AL	
Interventi chirurgici ortopedici settore pubblico Umbria	979	66	1045	547	52,3%	
Interventi chirurgici ortopedici settore privato accreditato Umbria	281	29	310	197	63,5%	
Interventi su residenti in umbria effettuati in strutture fuori regione	883	69	952	571	60,0%	
DISTRIBUZIONE PER EROGATORI DEI 1342 PAZIENTI RIABILITATI	pubblico	PARI AL	privato	PARI AL	extra regione	PARI AL
EROGATORE RIABILITATIVO PER PAZIENTI OPERATI IN STRUTTURE PUBBLICHE	530	96,9%	15	2,7%	2	0,4%
EROGATORE RIABILITATIVO PER PAZIENTI OPERATI IN IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE UMBRE	18	9,1%	178	90,4%	1	0,5%
EROGATORE RIABILITATIVO PER PAZIENTI OPERATI IN STRUTTURE EXTRAREGIONALI	100	18%	2	0,4%	469	82,1%
DEGENZA MEDIA RIABILITATIVA	14,46					
DEGENZA MEDIA CHIRURGICA PE RI PAZIENTI TRASFERITI IN RIABILITAZIONE	7,85					

Attualmente nella fase acuta viene sempre garantita la fisioterapia ma il successivo percorso riabilitativo è definito dal fisiatra facente parte dell'equipe multidisciplinare solo in poche realtà. Spesso la scelta del setting è fatta dal chirurgo ortopedico al momento della dimissione dal reparto di ortopedia verso i reparti di riabilitazione intensiva attraverso la compilazione di moduli predisposti.

Di seguito (Tab. 3) sono riportati i dati di attività chirurgica ortopedica programmata per protesi di anca e ginocchio in Umbria eseguite in elezione.

Tab. 3

RESIDENTI IN UMBRIA trattati per di chirurgia protesica di elezione e pazienti extraregione

Pazienti con diagnosi di dimissione diverse da frattura DIAGNOSI				
71515' '71525' '73342' '71516' '71526' '71535' '71536' '71856' '73314' '73315' '73381' '73382' '73641' '73642' '75431' '75563' '9053' '9054' '99640' '99641' '99642' '99643' '99644' '99647' '99666' '99677' 'V4364' 'V4365' 'V5481'	Residenza	DRG 544	DRG 545	TOTALE
Interventi chirurgici ortopedici settore pubblico Umbria	USL 201	510	30	540
	USL202	469	36	505
	Umbria	979	66	1045
	Extraregione	549	48	597
Interventi chirurgici ortopedici settore privato accreditato Umbria	USL 201	233	24	257
	USL202	48	5	53
	Umbria	281	29	310
	Extraregione	219	26	245
Interventi su residenti in umbria effettuati in strutture fuori regione	USL 201	466	44	510
	USL202	417	25	442
	Umbria	883	69	952
Totale	USL 201	1209	98	1307
	USL202	934	66	1000
	Umbria	2143	164	2307
	Extraregione	768	74	842
TOTALE GENERALE		2911	238	3149
DRG 544 'Sostituzione di articolazioni maggiori degli arti inferiori				
DRG 545 'Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio				

4. Fase preoperatoria e programmazione del ricovero riabilitativo

Gli interventi di artroprotesi di anca e ginocchio fanno parte della chirurgia ortopedica elettiva, quindi programmabile. Per tale motivo, il paziente, inserito in lista d'attesa dallo specialista ortopedico, sarà sottoposto ad una preospedalizzazione, nella quale eseguirà gli esami necessari (esami ematologici, ECG e Rx torace) e la visita anestesologica, per definire la sua arruolabilità all'intervento e il livello di rischio (ASA) (sitografia). Sempre durante la preospedalizzazione verranno programmati, se possibile, dei prelievi per l'autotrasfusione. Tale preospedalizzazione permette alla struttura sanitaria di ricoverare il paziente senza la necessità di ulteriori esami da eseguire in reparto e di essere quindi già pronto per l'anestesia e l'intervento chirurgico.

Lo specialista ortopedico, al momento dell'inserimento in lista operatoria del paziente, compilerà un modulo di valutazione preoperatoria (Appendice B) da allegare alla scheda di inserimento in lista operatoria, in cui segnalerà le comorbidità che potrebbero condizionare il decorso postoperatorio in maniera significativa, le patologie neuromotorie che potrebbero complicare il processo riabilitativo, il carico previsto e il setting riabilitativo

proposto. Quest'ultimo verrà stabilito in accordo con il paziente, il quale potrà esprimere le sue esigenze di assistenza e logistiche ed indicare una struttura riabilitativa di prima scelta. L'ortopedico in situazioni particolari, che rappresentano una minoranza rispetto al totale dei casi trattati, segnalerà la necessità di valutazione fisiatrica pre o postoperatoria. Tale valutazione è essenziale per la programmazione anticipata del setting riabilitativo successivo al ricovero. La scheda verrà inviata alla struttura ospedaliera presso la quale il paziente verrà sottoposto ad intervento chirurgico insieme alla scheda di inserimento in lista operatoria. La struttura riabilitativa di destinazione post-dimissione sarà contattata per la programmazione del ricovero almeno due settimane prima del ricovero chirurgico. Al paziente sarà garantito un posto in una struttura, se possibile, quello di sua scelta. Se la struttura scelta non ha disponibilità di posti-letto, al paziente viene proposta una struttura alternativa.

Tale programmazione può essere modificata in presenza di complicanze generali o motorie inattese. In questi ultimi casi il paziente verrà valutato con le stesse modalità previste per il paziente anziano operato per frattura del femore (v. paragrafo 6).

Per programmare la fase riabilitativa intensiva successiva all'intervento, è necessario che i reparti di chirurgia ortopedica e quelli di riabilitazione concordino preliminarmente, in base al volume di interventi previsti nell'anno ed alla capacità recettiva del singolo reparto di riabilitazione, un numero di posti letto riabilitativi dedicati ai soggetti con protesi d'anca e ginocchio.

Operativamente, il singolo reparto di chirurgia, circa due settimane prima dell'inizio del mese, fornisce la lista dei pazienti da operare alla struttura riabilitativa che accoglierà i pazienti alla dimissione e che pianificherà i ricoveri in base alla durata della degenza, presumibilmente di 15 giorni, eccetto complicanze.

5. Fase ospedaliera e riabilitativa precoce

La corretta gestione clinica e la presa in carico del paziente ortopedico deve essere garantita fin dal momento del ricovero nel reparto di Ortopedia, per l'intera durata della degenza, inclusa la fase dell'intervento chirurgico e la gestione clinica nel peri-operatorio, fino al momento della dimissione.

La presa in carico riabilitativa in fase acuta deve essere effettuata precocemente dopo l'intervento chirurgico dall'Unità di Valutazione Riabilitativa (UVR) composta dal medico specialista in Riabilitazione¹, dal chirurgo ortopedico, dal fisioterapista, dall'infermiere di reparto e dal paziente e/o i suoi familiari. Ove il contesto lo richieda è raccomandata la presenza dell'assistente sociale.

Ogni ospedale in cui insista un reparto con attività di chirurgia ortopedica programmata deve poter garantire la presenza di un'équipe riabilitativa come sopra descritta per definire il PRI ed il percorso riabilitativo.

Nella fase acuta il progetto riabilitativo è mirato alla prevenzione dei danni legati all'immobilità prevedendo l'avvio del percorso di recupero funzionale. La mobilitazione che deve iniziare già il giorno successivo all'intervento, mira al posizionamento corretto a letto, al recupero dell'escursione articolare dell'arto operato, al miglioramento del tono e

¹ Medico specialista in riabilitazione: si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitazione ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento (Piano di indirizzo per la Riabilitazione).

trofismo muscolare, alla graduale autonomia della persona nelle modifiche posturali e di stazione, al miglioramento dell'equilibrio, al recupero del cammino con ausili, all'insegnamento di corrette norme igienico-comportamentali evitanti la lussazione della protesi d'anca o l'eccessivo carico sull'arto operato, alla valutazione di ausili necessari per il cammino al momento della dimissione ed alla scelta del percorso riabilitativo alla dimissione.

Il ruolo strategico del nursing si concretizza inoltre nel favorire il coinvolgimento della persona assistita e del care giver al fine di garantire la loro partecipazione al piano assistenziale e per facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extraospedaliero).

6. Pianificazione della dimissione

Una precoce definizione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei percorsi successivi atti a garantire la continuità assistenziale può ridurre la durata della degenza, migliorare l'outcome funzionale ed aumentare la soddisfazione del paziente.

La definizione del percorso riabilitativo alla dimissione (discharge planning) fa parte del Progetto riabilitativo individuale (PRI) definito dall'équipe multidisciplinare nella fase post-operatoria.

Per facilitare la procedura di dimissione tuttavia, nei casi routinari e non complicati, la programmazione della stessa e la prosecuzione dell'iter riabilitativo possono essere delegate al chirurgo ortopedico in base alle modalità e ai criteri indicati.

Nel caso in cui, nel post-operatorio il paziente vada incontro a delle complicanze non prevedibili nel prericovero tali da costringere a modificare il discharge planning previsto, lo specialista fisiatra, eventualmente coadiuvato da altre figure professionali, effettuerà una rivalutazione del paziente, con stesura del PRI per stabilire la destinazione più adeguata valutando i seguenti aspetti:

- diagnosi clinica e funzionale
- stabilità clinica e/o complicanze
- stato funzionale precedente l'intervento
- gradiente di modificabilità della disabilità (prognosi riabilitativa)
- contesto sociale del paziente

7. Criteri per la riabilitazione in fase post-acuta

La riabilitazione moderna effettua una presa in carico della persona nella sua globalità e fa riferimento al modello biopsicosociale dell'ICF. L'approccio metodologico della riabilitazione utilizza quali strumenti di lavoro il team interdisciplinare e multiprofessionale che redige il progetto riabilitativo individuale (PRI) e i relativi programmi riabilitativi e le misure di esito centrate sul paziente. Il percorso riabilitativo unico è proposto nel documento di progetto riabilitativo che va definito già in fase acuta.

Di seguito vengono indicati i principali criteri clinici per garantire l'appropriatezza dei setting riabilitativi nella fase di post-acuzie nel territorio regionale:

- 1) **riabilitazione intensiva ospedaliera:**

- presenza di una compromissione dello stato funzionale pre intervento chirurgico
- comparsa complicanze nel decorso post-operatorio o comorbidità interagente che modifichino l'iter riabilitativo
- presenza di gravi difficoltà contestuali e sociali per rientrare a domicilio ed accedere al setting della riabilitazione ambulatoriale

La presa in carico in riabilitazione intensiva ospedaliera deve essere precoce dopo l'intervento chirurgico e la sua durata deve essere la più breve possibile e comunque non superiore a 15 giorni, salvo complicazioni, per permettere al paziente di passare rapidamente al setting successivo ambulatoriale. Tale passaggio deve avvenire attraverso un percorso dedicato.

2) **riabilitazione ambulatoriale**

- assenza di complicanze post-operatorie
- assenza di compromissione dello stato funzionale pre intervento chirurgico
- possibilità di essere accolto a domicilio in situazione di disabilità

3) **riabilitazione estensiva extraospedaliera**

- presenza di complicanze post-operatorie che escludano il carico per un periodo definito
- impossibilità a rientrare al proprio domicilio al termine della ricovero in riabilitazione intensiva ospedaliera²

8. **Stima del fabbisogno riabilitativo in Umbria**

E' possibile stimare, sulla base di quanto sopra affermato e dell'attuale esperienza riabilitativa in Umbria, che rispetto al numero totale dei pazienti sottoposti a chirurgia programmata di protesi di anca e ginocchio, i candidati ad accedere alla riabilitazione nei suoi diversi setting siano così distribuiti:

- 75% riabilitazione intensiva
- 15% riabilitazione ambulatoriale
- 10% di pazienti che vanno in riabilitazione estensiva extraospedaliera o che non sono disponibili a entrare nel percorso riabilitativo del SSR

A partire da queste premesse è possibile valutare il fabbisogno riabilitativo in Umbria, in riabilitazione intensiva, sia in termini di giornate di degenza che in termini di posti letto. I parametri che sono stati considerati sono i seguenti:

- Degenza media in riabilitazione intensiva di 15 giorni
- Tasso di utilizzo di posti letto del 90%
- 50 settimane all'anno

La necessità di adottare stime prudenziali, per quanto alte, si rende necessaria dal fatto che trattandosi di riabilitazione post chirurgia elettiva la stessa presenta naturali livelli di flessione di attività nei vari periodi dell'anno (Tab. 4).

² in caso di presenza di adeguato supporto sociale il paziente potrà rientrare a domicilio in A.D.I. con programma di riabilitazione domiciliare.

Tab.4

FABBISOGNO POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE PAZIENTI trattati di chirurgia protesica di elezione (DRG 544-545) anno 2013				STIMA NECESSITA' RIABILITATIVE PER CICLI DI 15 GIORNI DI DEGENZA SU 50 SETTIMANE UTILI AL 90% DI TASSO DI UTILIZZAZIONE v					
Pazienti con diagnosi di dimissione diverse da frattura DIAGNOSI INDIVIDUATE				% Pazienti Operati da Riabilitare v	GIORNATE RIBILITATIVE	POSTI LETTO			
71515' 71525' 73342' 71516' 71526' 71535' 71536' 71856' 73314' 73315' 73381' 73382' 73641' 73642' 75431' 75563' 9053' 9054' 99640' 99641' 99642' 99643' 99644' 99647' 99666' 99677' V4364' V4365' V5481'				Residenza	DRG 544	DRG 545	75%	15	15
Interventi chirurgici ortopedici settore pubblico Umbria				USL 201	510	30	405	6.075	19,3
				USL202	469	36	378,75	5.681	18,0
				Umbria	979	66	783,75	11.756	37,3
				Extraregione	549	48	447,75	6.716	21,3
Interventi chirurgici ortopedici settore privato accreditato Umbria				USL 201	233	24	192,75	2.891	9,2
				USL202	48	5	39,75	596	1,9
				Umbria	281	29,0	232,5	3.488	11,1
				Extraregione	219	26,0	183,75	2.756	8,8
Interventi su residenti in umbria effettuati in strutture fuori regione				USL 201	466	44	127,5	1.913	6,1
				USL202	417	25	110,5	1.658	5,3
				Umbria	883	69	238	3.570	11,3
				ipotesi recupero mobilità →			25%		
Totale				USL 201	1209	98	725,25	10.879	34,5
				USL202	934	66	529	7.935	25,2
				Umbria	2143	164	1254,25	18.814	59,7
				Extraregione	768	74	631,5	9.473	30,1
TOTALE GENERALE					2911	238	1885,75	28.286	89,8
DRG 544 Sostituzione di articolazioni maggiori degli arti inferiori									
DRG 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio									

9. Indicatori di monitoraggio

Il gruppo di lavoro ha definito un elenco di indicatori di processo e di esito, al fine di fornire alle Aziende Sanitarie un quadro di riferimento univoco per l'implementazione di sistemi di monitoraggio del percorso di cura dei pazienti operati di protesi di anca e ginocchio.

Una parte di tali indicatori sono rilevabili attraverso i flussi correnti, altri sono rilevabili ad hoc in reparto ed altri ancora a livello aziendale (Tab. 5). Nel loro insieme, tali indicatori costituiscono un minimum data set regionale per la raccolta di informazioni sul percorso del paziente e per la valutazione delle performance dei programmi aziendali.

Tab. 5

	Indicatori per protesi di anca e ginocchio	Descrizione	Fonte
1	% pz operati ed inseriti in riabilitazione intensiva (D.O. e D.H.) a 30 gg dalla dimissione per protesi di anca e ginocchio	criteri inclusione/esclusione	SDO
2	Durata degenza media in ortopedia per protesi di anca e ginocchio		SDO
3	Durata degenza media nei reparti di riabilitazione (D.O. e D.H.)		SDO
4	% accesso a riabilitazione territoriale (a 30 gg da dimissione)		da programmare
5	% accesso in Riabilitazione estensiva extraospedaliera		da programmare
6	Esito funzionale a 30 gg dopo la dimissione dal reparto per acuti	scala Womac e KOOS. VAS dolore	da programmare

10. Metodologia per l'implementazione del documento di indirizzo

Ogni Azienda Sanitaria deve garantire il percorso di presa in carico del paziente con protesi d'anca e di ginocchio secondo il percorso individuato nelle linee di indirizzo.

In particolare ciascuna Azienda Sanitaria deve prevedere le seguenti azioni:

- Recepimento delle linee di indirizzo per il percorso diagnostico-terapeutico, assistenziale e riabilitativo del paziente operato per protesi d'anca e di ginocchio. Tale recepimento potrà prevedere la formulazione di accordo tra le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliera;
- Formulazione dei seguenti obiettivi:
 1. Obiettivi Fase di programmazione dell'intero processo assistenziale dei pazienti che vengono sottoposti ad intervento di artroprotesi di anca e ginocchio;
 2. Obiettivi Fase Ospedaliera:
 - Descrizione del modello utilizzato
 - Definizione del team aziendale multidisciplinare e multiprofessionale
 - Presa in carico del paziente al momento del ricovero e programmazione della fase riabilitativa successiva alla dimissione
 3. Obiettivi Fase post-ospedaliera:
 - Riabilitazione post-acuta (definizione dei setting)
 - Continuità assistenziale e coinvolgimento MMG e servizi territoriali

- Adozione degli indicatori individuati nel documento di indirizzo regionale sui percorsi assistenziali e riabilitativi per il paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio
- Programma di formazione specifica rivolto ai partecipanti del team multidisciplinari.

Bibliografia

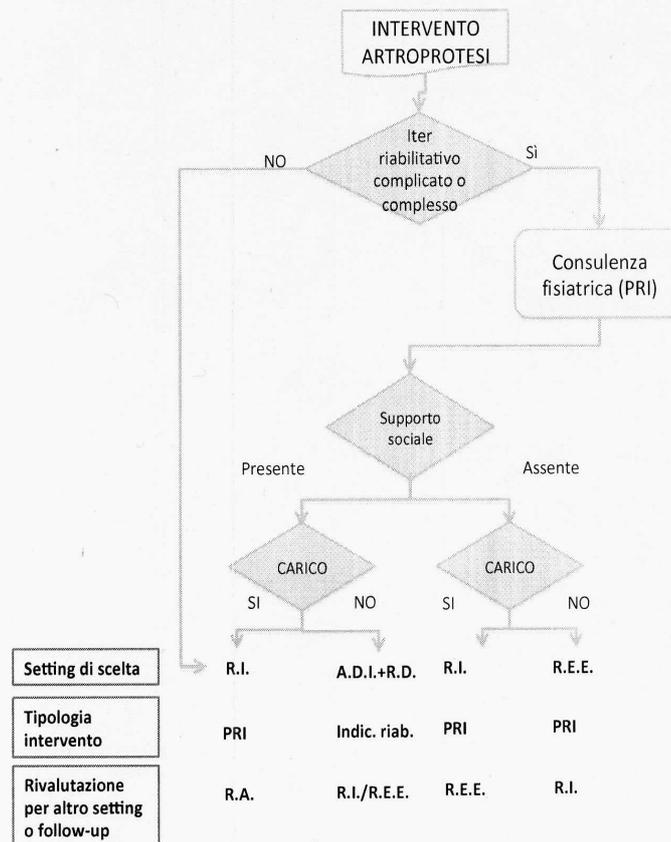
1. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM: A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative., *Semin Arthritis Rheum.* 2014 Jun;43(6):701-12. doi: 10.1016/j.semarthrit.2013.11.012. Epub 2013 Dec 4.
2. Mandi LA: Determining who should be referred for total hip and knee replacements. *Nat Rev Rheumatol.* 2013 Jun;9(6):351-7.
3. Shan L, Shan B, Suzuki A, Nouh F, Saxena A.: Intermediate and long-term quality of life after total knee replacement: a systematic review and meta-analysis. *J Bone Joint Surg. Am.* 2015, 21: 97(2), 156-8 doi: 10.2106/JBJS.M.00372,.
4. Losina E, Walensky RP, Kessler CL, Emrani PS, Reichmann WM, Wright EA, Holt HL, Solomon DH, Yelin E, Paltiel AD, Katz JN: Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Arch Intern Med* 2009, 169:1113–1121.
5. Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Asikainen K, Slati P, Paavolainen P: Costs and cost-effectiveness in hip and knee replacements. A prospective study. *Int J Technol Assess Health Care* 1997, 13:575–588.
6. Lemmey AB, Okoro T. The efficacy of exercise rehabilitation in restoring physical function following total hip replacement for osteoarthritis: a review. *OA Musculoskeletal Medicine* 2013 Jul 01;1(2):13.
7. Aprile I, Rizzo RS, Romanini E, De Santis F, Marsan S, Rinaldi G, Padua L. Group rehabilitation versus individual rehabilitation following knee and hip replacement: a pilot study with randomized, single-blind, cross-over design. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2011 Dec;47(4):551-9].
8. Maire J, Dugué B, Faillenet-Maire AF, Smolander J, Tordi N, Parratte B, Grange C, Rouillon JD. Influence of a 6-week arm exercise program on walking ability and health status after hip arthroplasty: a 1-year follow-up pilot study. *J Rehabil Res Dev.* 2006 Jul-Aug;43(4):445-50.
9. Moffet H, Collet JP, Shapiro SH, Paradis G, Marquis F, Roy L. Effectiveness of intensive rehabilitation on functional ability and quality of life after first total knee arthroplasty: A single-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 Apr;85(4):546-56.
10. Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.

Sitografia

- <http://www.iss.it/riap/>
- National Joint Replacement Registry, Hip and Knee Arthroplasty, Australian Orthopaedic Association, Annual Report 2015: <https://aoanjrr.dmac.adelaide.edu.au/documents/10180/217745/Hip%20and%20Knee%20Arthroplasty>; <http://www.aaos.org/AAOSNow/2012/Oct/research/research2/?ssopc=>
- American Society of Anesthesiologists - <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>; Fitz-Henry J.: The ASA classification and peri-operative risk, *Ann R Coll Surg Engl.* 2011 Apr; 93(3): 185–187. doi: 10.1308/147870811X565070a

Appendice A

Flow-chart percorso riabilitativo



Legenda: **R.I.:** Riabilitazione Intensiva ospedaliera. **P.R.I.:** Progetto riabilitativo Individuale (piano riabilitativo personalizzato definito da team riabilitativo che si svolge in setting riabilitativo). **R.E.E.:** deve prevedere progetto riabilitativo individuale (PRI); è dedicata a pazienti con carico tardivo o che non possono per sopraggiunte complicanze sostenere una riabilitazione intensiva nè rientrare a domicilio. **R.D.:** riabilitazione domiciliare. **R.A.:** riabilitazione ambulatoriale.

Appendice B

**ARTROPROTESI
SCHEDA DI VALUTAZIONE PREOPERATORIA**

COGNOME e NOME

ETA'

TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO

**COMORBIDITA' SIGNIFICATIVE CHE POTREBBERO CONDIZIONARE IL DECORSO
POSTOPERATORIO**.....

.....

PATOLOGIE CHE POTREBBERO COMPLICARE IL PROCESSO RIABILITATIVO

.....

.....

NECESSITA' DI VALUTAZIONE FISIATRICA PREOPERATORIA: SI' NO

CARICO PREVISTO:

- LETTO/POLTRONA
- DIVIETO DI CARICO
- CARICO PARZIALE CON DEAMBULATORE
- CARICO PARZIALE CON DUE BASTONI CANADESI
- CARICO PARZIALE CON UN BASTONE CANADESE

SETTING RIABILITATIVO PROPOSTO

DESTINAZIONE

1^ SCELTA DEL PAZIENTE

FIRMA