

**«Fratture da fragilità:
diagnosi, terapia e continuità assistenziale»
12-09-2026**

***Il ruolo della riabilitazione
come elemento di continuità
tra ospedale e territorio***

Dr.ssa Elisabetta Zucchini
Direttrice riabilitazione territoriale e ospedaliera
AUSL



La domanda importante è :

Un caso clinico per cambiare il punto di osservazione

82 anni

Prima: autonoma,
vive a domicilio

Caduta → frattura prossimale
di femore

Intervento riuscito

Mobilizzazione avviata



«Dove sarà questa paziente
fra 7-15 e 30 giorni?»

- A domicilio o istituzionalizzata?
- Camminerà come prima?
- Avrà recuperato le ADL?
- Avrà una nuova caduta o una rifrattura?

DM 77/2022

Il nuovo modello dell'assistenza territoriale

Definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di garantire prossimità, continuità e integrazione delle cure.



CASE DELLA COMUNITÀ

Punto di accesso unico e integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.



OSPEDALI DI COMUNITÀ

Assistenza sanitaria di prossimità per bisogni a bassa intensità clinica e per la gestione della cronicità.



CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Coordinamento dei percorsi assistenziali e raccordo tra ospedale, territorio, domicilio e servizi sociali.



ASSISTENZA DOMICILIARE

Presa in carico personalizzata, integrata e multiprofessionale, con particolare attenzione a cronicità, fragilità e disabilità.



OSPEDALE E TERRITORIO

come unico percorso di cura e assistenza



Pazienti con frattura di femore

Distribuzione per ospedale per acuti, tipologia di dimissione ed eventuale ricovero post-acuti

Ospedali Provinciali di Ferrara – Pazienti con età ≥18 anni – Dimissione ricovero per acuti: anno 2025

Totale acuti

Ospedale/OSCO - post-acuti

TIPO DI DIMISSIONE - ACUTI	No trasferimento post-acuti	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	OSCO DI CONA	OSPEDALE ARGENTA	OSPEDALE CENTO	OSPEDALE DEL DELTA	OSPEDALE DI COMUNITA' DI COMACCHIO	OSPEDALE DI COMUNITA' DI COPPARO	Totale
	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti	N. pazienti
1) Ordinaria al domicilio	184	-	-	-	-	-	-	-	184
2) Trasferimento nell'ambito dello stesso presidio verso LPA/Riabilitazione	-	123	-	19	79	118	-	-	339
3) Trasferimento ad altro Ospedale verso LPA/Riabilitazione	-	-	-	26	10	7	-	-	43
4) Trasferimento verso OSCO	-	-	41	-	-	-	4	20	65
5) Protetta c/o altre strutture extraospedaliere	59	-	-	-	-	-	-	-	59
6) Altre tipologie di dimissione	23	-	-	-	-	-	-	-	23
Totale	266	123	41	45	89	125	4	20	713



Un sistema integrato

per garantire la continuità assistenziale
dopo la frattura di femore

Ospedale e territorio come unico percorso riabilitativo anzichè una successione di servizi



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Dalla fase acuta al ritorno alla vita quotidiana, senza interruzioni né passaggi critici.



COLLABORAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Team ospedalieri e territoriali integrati, con obiettivi condivisi e comunicazione costante.



PERCORSO PERSONALIZZATO

Interventi su misura in base ai bisogni, al contesto e agli obiettivi della persona.



PROSSIMITÀ E ACCESSIBILITÀ

Servizi vicino ai luoghi di vita, per ridurre barriere, favorire l'aderenza e migliorare l'esperienza.



RISULTATI EFFICACI E SOSTENIBILI

Migliori esiti funzionali, maggiore autonomia, uso efficiente delle risorse e valore per la comunità.

Fase post-operatoria



**Presa in carico
precoce
del fisioterapista**

per mobilitazione
e prevenzione
dell'allettamento



PDTA frattura femore

25-5-2026

Fase post operatoria 2°-4° giorno

Attività	Descrizione attività	Responsabilità AOU	Responsabilità AUSL
 Valutazione	Assessment multidisciplinare/ multiprofessionale post-operatorio	Ortopedico/Geriatra/ Fisiatra/Infermiere degenza / Fisioterapista	Ortopedico/Geriatra/ Internista/Fisiatra/ Infermiere degenza / Fisioterapista
 Visita fisiatrica e definizione del PRI	Visita fisiatrica entro 72 ore dalla richiesta di consulenza, con definizione del PRI, identificazione del setting (estensivo/intensivo) più idoneo per la prosecuzione FKT tenendo conto anche della VMD geriatrica	Fisiatra	Fisiatra

PDTA frattura femore

25-5-2026

Fase post-operatoria 2°-4° giorno

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE



Informazione al paziente e ai caregiver sulle condizioni cliniche e sul percorso riabilitativo definito nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

ADDESTRAMENTO ALL'AUTO-TRATTAMENTO



Indicazioni e addestramento del paziente e dei caregiver alle attività e agli esercizi da proseguire in autonomia, secondo il PRI.



Professionisti coinvolti

Ortopedico
Geriatra/Internista
Fisiatra
Fisioterapista
Infermiere di degenza

Valutazione fisiatrica multidimensionale

FUNZIONE PREMORBOSA

cammino • ADL • ausili

FRAGILITÀ CLINICA

comorbilità • stabilità

COGNITIVO

delirium • apprendimento

MOTORIO

forza • equilibrio • carico

CONTESTO

casa • caregiver • barriere

OBIETTIVI

realistici • misurabili • condivisi

Mobilizzazione precoce e recupero dell'autonomia

Obiettivo: tornare a camminare in sicurezza



Avvio precoce della mobilizzazione



Recupero forza, equilibrio e resistenza

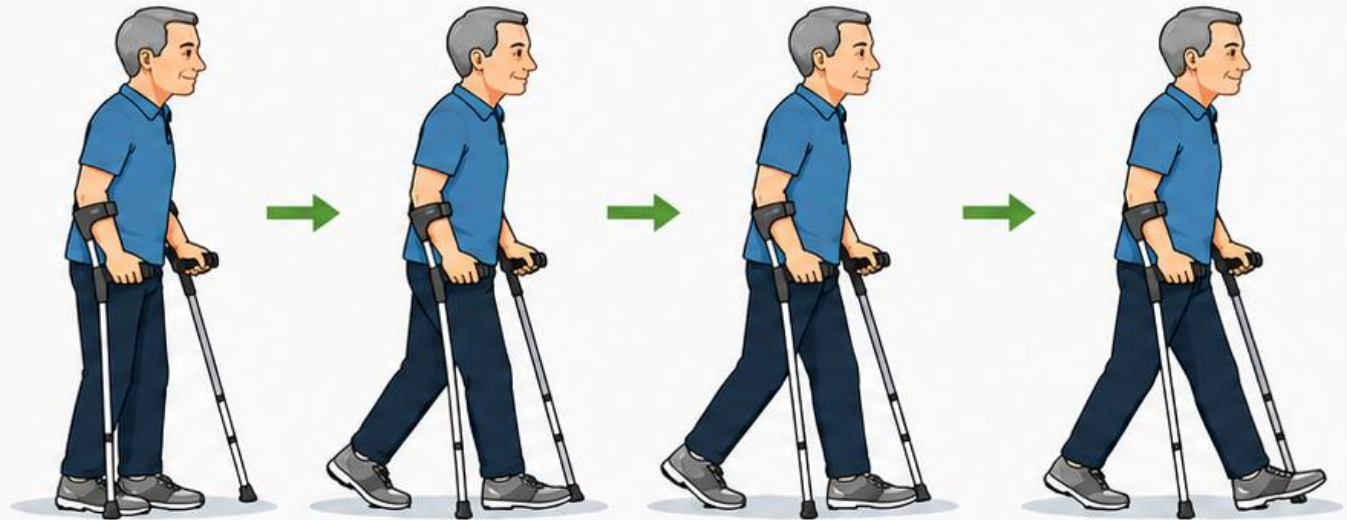


Sicurezza nel cammino e nella vita quotidiana



Autonomia e qualità di vita

Esempio: cammino con due antibrachiali



Strategia: passo dopo passo, verso l'indipendenza



(Animazione: le fasi del cammino si susseguono automaticamente)

La dimissione è il punto più fragile del percorso

La continuità va progettata

PERCORSO FRAMMENTATO



PROGETTO RIABILITATIVO CONTINUO



Obiettivi e livello funzionale devono “viaggiare” con il paziente



Indicazioni di carico, ausili e bisogni assistenziali devono essere espliciti



Il setting successivo deve conoscere livello premorbo e target di recupero



Il follow-up deve includere rischi di caduta e prevenzione della rifrattura



Condivisione multidisciplinare e multiprofessionale del percorso



- **Se carico concesso:**
riabilitazione (intensiva/estensiva) in degenza
oppure riabilitazione ambulatoriale



- **Se carico non concesso:**
CRA/RSA o domicilio



- Possibilità di un **programma di supporto al rientro a domicilio** con personale sanitario con funzioni di counselling riabilitativo



**Percorso condiviso
con il pz ed il CG**



PRI: individuazione del setting

Appropriatezza = intensità coerente con bisogno, potenziale e contesto

**Riabilitazione ospedaliera
intensiva/DH/estensiva**



OSCO



Domicilio

Ambulatorio



Setting riabilitativi di dimissione in base alle necessità del paziente

RIABILITAZIONE INTENSIVA



Ricovero ordinario presso U.O. di Medicina Riabilitativa (UMR)
Polo Ospedaliero di Cona – IOR di Argenta
oppure **Day Hospital**



Indicata per pazienti con:

- disabilità **medio-grave modificabile**
- potenziale di **miglioramento funzionale**
- condizioni cliniche che richiedono prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative **ad elevata intensità**
- **ricovero UMR o DH** in relazione alla necessità di sorveglianza medico-infermieristica nelle 24 ore



Setting riabilitativi di dimissione in base alle necessità del paziente

RIABILITAZIONE ESTENSIVA



Presso LPA
riabilitativa

È indicata per pazienti che:

- necessitano di trattamento riabilitativo finalizzato al **mantenimento** delle abilità residue e al **recupero del maggior grado di autonomia possibile**
- **comorbidità complesse**
- pazienti **fragili ma stabili**
- necessità di **osservazione clinica** per gravi patologie
- **completamento terapie farmacologiche** non effettuabili in setting extraospedalieri



RIABILITAZIONE ESTENSIVA



Presso ambulatori
territoriali

È indicata per pazienti che:

- paziente **stabile clinicamente**;
- paziente con **buon sostegno sociale** che gli consenta di rientrare al domicilio;
- paziente che necessita di proseguire il trattamento riabilitativo sul territorio di residenza dopo la dimissione.



Altri setting

OsCo con finalità di rientro al domicilio



pz stabile



assistenza infermieristica
h 24



lento recupero funzionale



che necessita di continuare
il **trattamento riabilitativo**



addestramento a strategie
per il mantenimento delle funzioni
ed abilità residue, **ausili**



affiancamento/educazione
al pz e CG



Altri setting



CRA/RSA

- pz stabile
- situazioni cliniche/assistenziali che **impediscono il rientro a domicilio**
- necessità di **continuazione PRI/riattivazione**
- **prognosi riabilitativa sfavorevole**
- **assistenza infermieristica**
- gestione del **MAP** o del **Medico di Struttura**



Supporto per il rientro a domicilio

- presa in carico **fisioterapica**
- addestramento all'utilizzo di **ausili**
- addestramento dei **caregiver**
- valutazione **ambientale**
- valutazione **autonomia**



Organizzazione territoriale



Ospedale Argenta



Ospedale Cento



Ospedale Delta



Ambulatori

Cittadella San Rocco, Copparo,
Portomaggiore, Comacchio



Ospedale di comunità

Comacchio, Cona, Copparo, San Rocco,
Codigoro e Bondeno



Presenza capillare sul territorio



**Continuità riabilitativa
nel territorio di competenza**



**Reinserimento a domicilio
del pz**



Coinvolgimento dei caregiver



Obiettivo:
ripristino della funzionalità recuperabile
e monitoraggio della disabilità nel tempo



Teleriabilitazione

Virtual Reality Rehabilitation System (VRRS)



1 VRRS Hub



4 VRRS Spoke



70 Home kit valigetta
sensorizzata
per il domicilio



30 APP per
teleriabilitazione



Teleriabilitazione



Utilizza la
realtà virtuale



Esercizi **interattivi**
e **personalizzati**



Utilizzabile anche
a **domicilio**



Quattro parole per la continuità riabilitativa



PRECOCITÀ

iniziare nell'acuto



APPROPRIATEZZA

scegliere il setting



CONTINUITÀ

un solo progetto



PREVENZIONE

evitare la seconda frattura

«L'esito di una frattura da fragilità si misura
nell'**autonomia** che riusciamo a restituire alla persona.»

Cosa deve recuperare davvero il paziente?

Dalla menomazione alla partecipazione



DOLORE



FORZA



TRASFERIMENTI



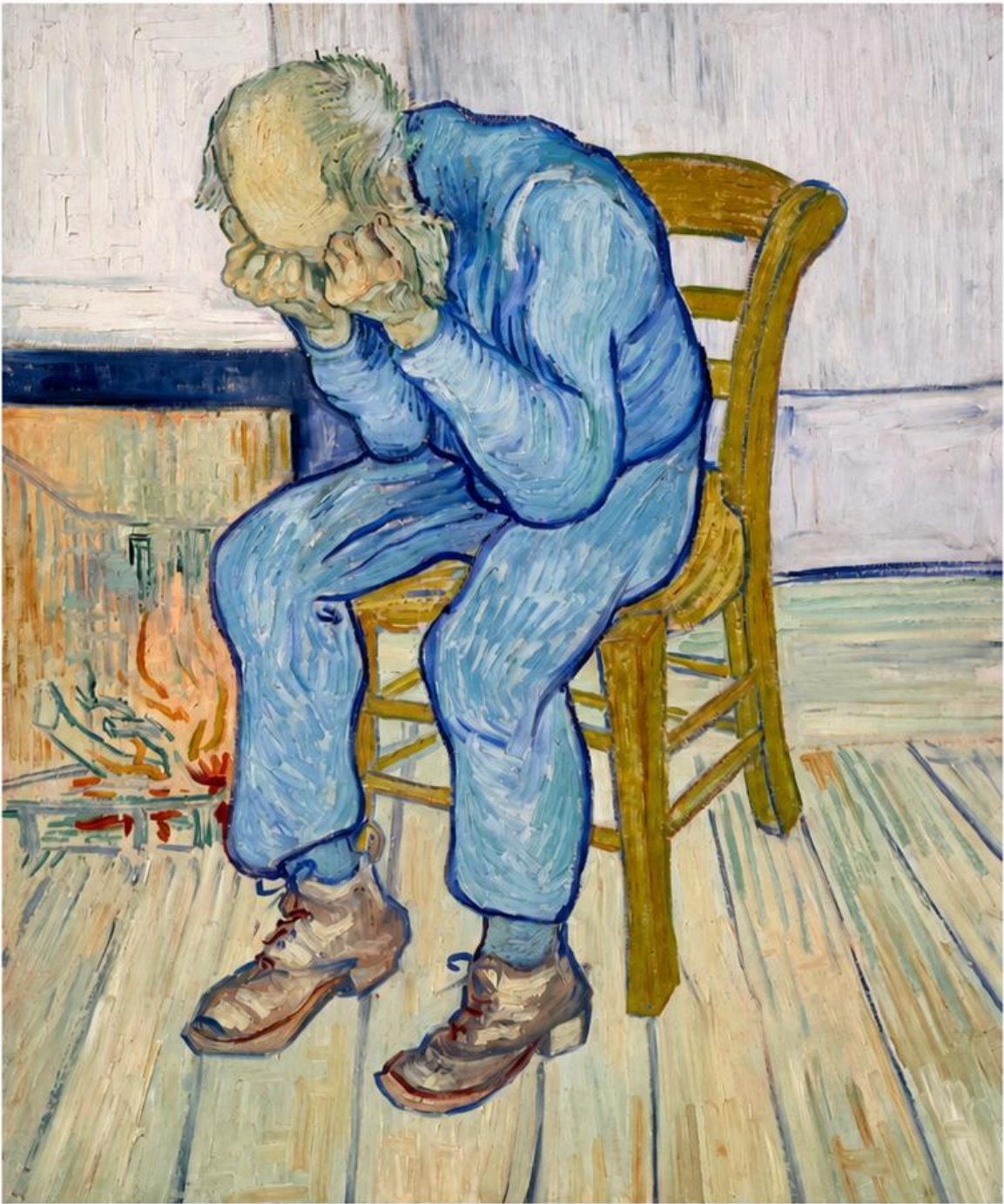
CAMMINO



ADL



PARTECIPAZIONE





Grazie