



DELIBERAZIONE N. 1261 DEL 18 SET. 2019

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S	
Codice settore proponente: RMDG 20/2019 del 07/08/2019	
Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni "Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"	
L'estensore (Dott. Antonio Silvestri)	IL DIRETTORE GENERALE Dott. Fabrizio d'Alba
Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito	
☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)	
Firma _____	Data 12-08-2019
Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi	
☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)	
Firma _____	Data 3/9/2019
Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.	
Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: _____	
Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale: Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini	
Firma _____	Data _____
Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.	
Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri)	
Firma _____	Data 7/8/19
Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri)	
Firma _____	Data 7/8/19

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE
E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT**

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;

PREMESSO

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali";

DATO ATTO

la definizione ed implementazione dei PDTA rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO

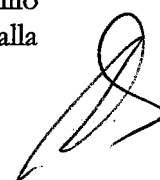
che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

DATO ATTO

che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

RITENUTO

necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale mirato alla gestione della frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni;



- CONSIDERATO** che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un PDTA di riferimento per i pazienti affetti da frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti in questo percorso di cura e salute dei cittadini;
- CONSIDERATO** che il suddetto PDTA è stato sottoposto a verifica, con esito positivo, da parte del Responsabile Aziendale per la Qualità;
- VISTI** I DGR n.73/2010 "Rete assistenziale dell'emergenza" e DGR n.76/2010 "Rete assistenziale trauma grave e neuro trauma" della regione Lazio.
- RITENUTO** opportuno approvare l'allegato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni";
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per la frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

**IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE -
RISK MANAGEMENT
(Dott. Antonio Silvestri)**



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni" presentata dal Direttore UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per la frattura di femore in pazienti ultra sessantacinquenni di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare il PDTA ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UOC delle strutture interessate e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;

- di disporre che il PDTA sia inserito nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 88 pagine di cui n. 82 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. *Fabrizio d'Alba*)





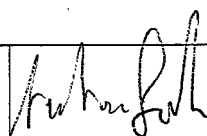
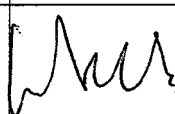
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 1 di 82

Gruppo di lavoro Aziendale		Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento				
	Francesco Medici	Risk Management	Medico	05/08/19	[Firma]
	Alessandra Minardi		CPSI Fisioterapista	5/8/19	[Firma]
	Coordinatore:				
	Marco Spoliti	Traumatologia Ortopedia	Medico	6/8/19	[Firma]
	Componenti:				
	Paolo Anello	Traumatologia Ortopedia	CPSI Infermiere	5/8/19	[Firma]
	Jonathan Bemporad	Fisiatra ACISMOM	Medico		
	Giorgia Broglio	Anestesista	Medico	6.8.19	[Firma]
	Caterina Camastra	Medicina Interna	Medico	6.8.19	[Firma]
	Marco Cecchetti	Traumatologia Ortopedia	CPSI Infermiere	5/8/19	[Firma]
	Marco Cianfanelli	Traumatologia Ortopedia	Medico	6/8/19	[Firma]
	Michele Galluzzo	Radiologia	Medico	3/8/19	[Firma]
	Emanuele Guglielmelli	Medicina d'Urgenza	Medico	5/8/19	[Firma]
	Riccardo Lanzetti	Ortopedia	Medico	5/8/19	[Firma]
	Silvia Migliozi	Fisioterapista	CPS Fisioterapista	3/8/19	[Firma]
	Sandro Nori	Radiologia DEA	CPS TSRM		
	Giuseppe Palieri	Fisiatra San Raffaele Portuense	Medico	6/08/19	[Firma]
	Carlo Parola	Radiologia	Medico	5/8/19	[Firma]
	Massimiliano Pericoli	BOE	CPSI Infermiere	5/8/19	[Firma]
	Rita Lucia Putini	Cardiologia	Medico	5/8/19	[Firma]
	Giovanni Rullo	Traumatologia	CPSE Infermiere	5/8/19	[Firma]
	Claudio Sarti	Fisiatra	Medico	29/6/19	[Firma]
	Marco Tomassetti	Anestesista	Medico	11/6/19	[Firma]
	Cristian Vender	Team Bed management	CPSI Infermiere	4/8/19	[Firma]

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 2 di 82

VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)		7/8/19
APPROVAZIONE	Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie		7-8-19
	Dott.ssa Daniela Orazi Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Fabrizio d'Alba Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0	05/08/2019	Aggiornamento	a cura del RAQ

TRASMESSO IL:	CODIFICATO IL:	DISTRIBUITO IL:
---------------	----------------	-----------------

LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)			
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo		
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.		
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.		



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 3 di 82

INDICE

1.	PREMESSA	7
2.	SCOPO	10
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	11
4.	CRITERI DI ACCESSO	12
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	13
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	14
7.	RESPONSABILITA'	17
8.	AZIONI	19
	8.1. Diagnosi	19
	8.1.1 Presa in carico dell'Anestesista di PS in caso di Politrauma codice rosso	19
	8.1.2 Triage	21
	8.1.2.1 Setting di cura PS Infermiere Accoglienza	21
	8.1.3 Visita medica urgente – presa in carico del paziente	24
	8.1.3.1 Medico PS	24
	8.1.3.2 Infermiere PS	24
	8.1.3.3. Consulenza Anestesiologica per eventuale stabilizzazione paziente	24
	8.1.4 Visita ortopedica P.S.	26
	8.1.5 Diagnostica radiologica	26
	8.1.5.1 Tecnico di Radiologia DEA	26
	8.1.5.2 Radiologo DEA	26



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 4 di 82

	8.1.5.3 Consenso Informato	27
	8.1.6. Cardiologo PS	27
	8.1.7 Laboratorio biochimica clinica	28
	8.1.8 Visita anestesiológica (di sala operatoria) ed Accertamenti preoperatori	28
	8.1.9 Risoluzione problematiche cliniche	29
	8.1.10 Ricerca posto letto	29
	8.1.11 Disponibilità sala operatoria	30
	8.2 Ricovero	31
	8.2.1 Ortopedico reparto	31
	8.2.1.1 Infermiere di reparto	31
	8.2.2 Anestesista	31
	8.2.3 Preparazione del paziente all'intervento	32
	8.2.4 Presa in carico del paziente nel blocco operatorio	33
	8.2.4.1 Accoglienza in sala operatoria	33
	8.2.5 Anestesista durante intervento	34
	8.2.6 Intervento chirurgico	34
	8.2.7 Terapia intensiva	34
	8.2.7.1 Medico	35
	8.2.7.2 Infermiere- Setting di cura	35
	8.2.8 Stabilizzazione clinica post operatoria	36
	8.2.9 Controllo ortopedico post intervento in reparto di degenza	36

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 5 di 82
	8.2.9.1 Medico	36
	8.2.9.2 Infermiere	36
	8.2.9.3 Controllo Radiologico	37
	8.2.10 Medico internista	37
	8.3 Dimissione e riabilitazione	37
	8.3.1 Ortopedico	37
	8.3.2 Infermiere	37
	8.3.3 Controllo radiologico	37
	8.3.4 Medico Internista	37
	8.3.5 Visita Fisiatrice e Progetto riabilitativo	38
	8.3.5.1 Trattamento intensivo(Unità di riabilitazione intensiva)	38
	8.3.5.2 Riabilitazione intensiva in regime di DH (codice 56)	39
	8.3.5.3 Lungodegenza Medica-Riabilitativa (Cod. 60)	40
	8.3.6 Programma riabilitativo precoce (entro 48h dall'intervento): Fisioterapista	41
	8.3.7 Assistente sociale	41
	8.3.8 Trasferimento in altro reparto aziendale	41
	8.3.8.1 Trasferimento in Reparti di Medicina Aziendali	41
	8.3.8.2 Trasferimento in riabilitazione extra aziendale	42
	8.3.8.3 Al domicilio	42
	8.4 Percorso extraaziendale e follow-up	42
	8.4.1 Trasferimento <i>presso strutture di riabilitazione post acuzie Cod. 56</i>	43
	8.4.2 Accettazione del paziente	44



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08		Pag. 6 di 82
	8.4.3 Attività di Reparto	45
	8.4.4 Dimissione	46
	8.4.4.1 Trasferimenti in urgenza	46
	8.4.4.2 Emotrasfusioni	46
	8.4.4.3 Certificazioni mediche	46
	8.4.4.4 Prescrizioni presidi	47
	8.5 Follow up Aziendale	47
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	47
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	48
11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	49
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	49
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	50
14.	ALLEGATI	52

CONTRIBUTI

Hanno anche contribuito alla stesura del PDTA :

Sonia Casimiri – Assistente sociale

Massimiliano Angelucci – Direzione Sanitaria

Carla De Simone – Ufficio GIPSE



PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08		Pag. 7 di 82

1. PREMESSA

In Italia, ogni anno, si verificano circa 80.000 fratture dell'estremità prossimale del femore in età senile. Ad un anno di distanza dall'evento traumatico, meno della metà dei pazienti riesce a camminare in modo autonomo senza ausili e il 20% circa perde la possibilità di deambulare.

La mortalità in fase acuta sfiora il 5% e raggiunge il 25% dei pazienti a un anno dalla frattura.

L'unico trattamento terapeutico possibile è quello chirurgico; questo richiede ogni anno 33.000 interventi di osteosintesi, 19.000 interventi di endoprotesi, 25.000 artroprotesi e circa 1.000 altre procedure chirurgiche (Reumatismo, 2005;57(2):97-102 Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia).

Tutto ciò implica dei costi diretti e indiretti molto impegnativi. In considerazione del progressivo incremento dell'età media della popolazione e che l'incidenza delle fratture di femore raddoppia ogni quinquennio di età dopo i 65 anni, possiamo ipotizzare per il prossimo futuro un impegno economico critico per il Servizio Sanitario Nazionale.

E' inevitabile che si verifichi un massiccio aumento a livello mondiale dell'incidenza delle fratture da fragilità nei prossimi 50 anni.

Queste considerazioni promuovono la realizzazione di strategie organizzative mirate a ottenere il massimo risultato "funzionale" con il più breve tempo di ospedalizzazione possibile.

L'esame della letteratura internazionale e delle linee guida porta alla conclusione che:

- un intervento chirurgico va eseguito nel paziente sufficientemente stabilizzato entro le prime 48, massimo 72 ore;
- va incoraggiata la precoce mobilizzazione e verticalizzazione;
- la scelta del miglior setting riabilitativo per la fase di post - acuzie porta a un significativo miglioramento della prognosi funzionale.

Ulteriori recenti studi hanno confermato che il trattamento precoce chirurgico entro le prime 48 ore delle fratture di femore sono una priorità nel nostro sistema sanitario.

Per quanto riguarda le indicazioni chirurgiche bisogna ricordare che le fratture della estremità prossimale del collo del femore sono distinte in mediali (intracapsulari) e laterali.

Le prime, se non in pochi e particolari casi, non hanno alcuna possibilità di riparazione mediante callificazione; si procede, pertanto, alla eliminazione della testa femorale e alla sua sostituzione con una endoprotesi.

In caso di pazienti relativamente giovani e/o con alte richieste funzionali, si applica un'artroprotesi che sostituisce le due componenti articolari: la testa femorale e il cotile.

Dati GIPSE Fratture di femore > 65 anni	Anno Ricovero da pronto soccorso				
	2015	2016	2017	2018	2019 agosto
Ricovero Totale in ospedale	458	404	429	386	237
Ricovero solo in Ortopedia/Traumatologia	451	395	418	372	230
Ricovero entro 12 ore dall'arrivo in ps	409	313	352	159	81
Ricovero entro 24 ore dall'arrivo in ps	31	52	38	104	66
Ricovero oltre 24 ore dall'arrivo in ps	18	39	39	123	90
	(3,9%)	(9,7%)	(9,1%)	(31,9%)	(38%)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 8 di 82

Interventi collo-femore per U.O./U.O.S.D.						
ANNO	2015	2016	2017	2018	2019 al 2 agosto	TOTALE PRESTAZ. TOTALE PAZ.
Ortopedia	154	144	176	158	124	756
Traumatologia	243	199	231	194	111	978
TOTALE	397	343	407	352	235	1734

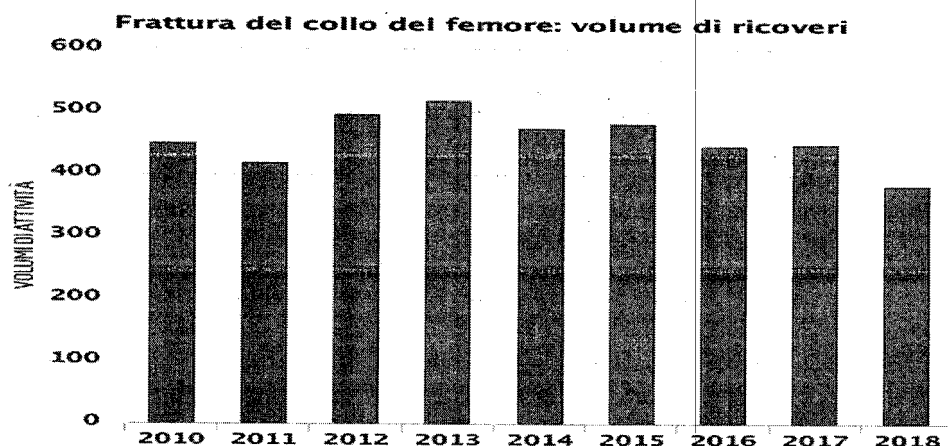


Tabella 1

Negli ultimi tre anni il numero di interventi si è stabilizzato tra i 400 interventi in media.

Nonostante i tempi di intervento nelle 48 ore oscillino in un range tra il 60-70% (dato Pre.Va.Le tabella n.2) il numero degli interventi di tibia e perone sono rimasti costanti, ovvero si è raggiunto il risultato non andando a discapito degli altri interventi (tabella n.3).

**PDTA**Cod. Doc.:
901/PDTA/19/08**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI**Rev. 00 del
05/08/19

Pag. 9 di 82

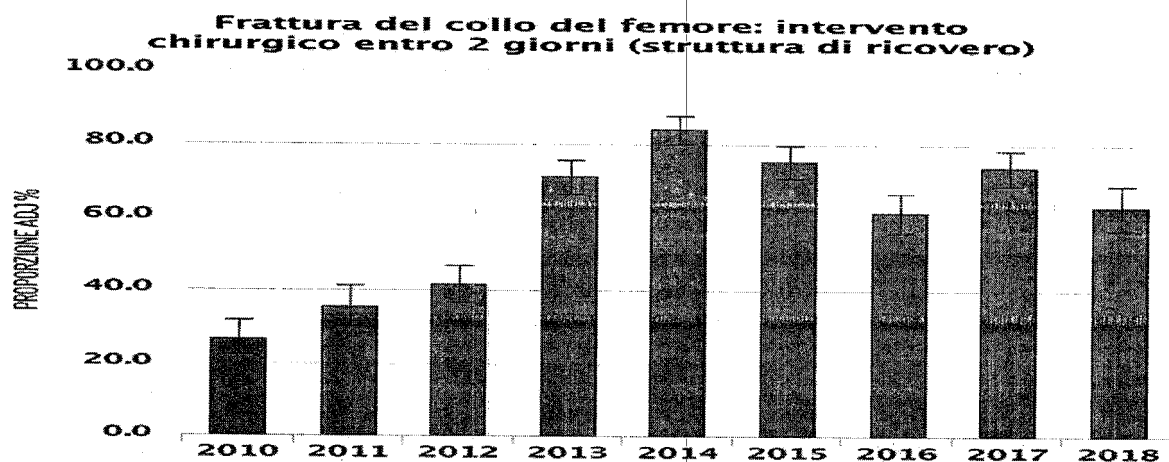


Tabella 2

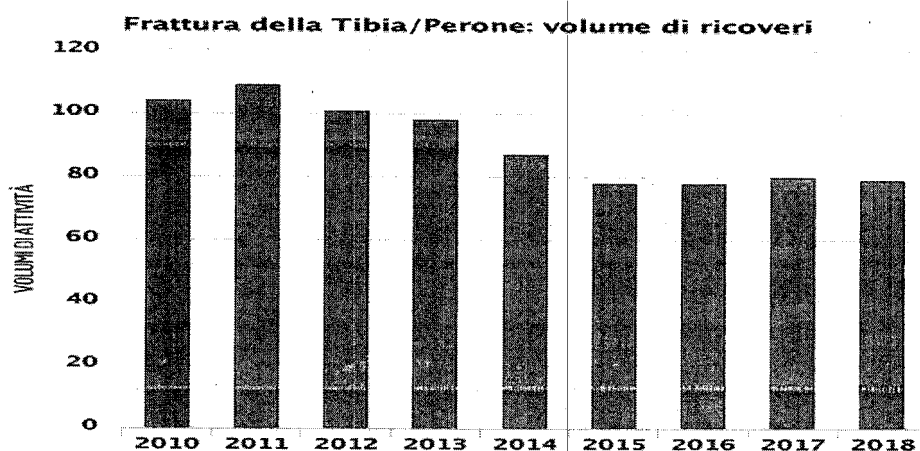


Tabella 3

Il trattamento chirurgico dei pazienti over 65 anni affetti da frattura del collo femore è una necessità clinica e sociale in costante evoluzione e crescita, la cui buona condotta e riuscita dipende dalla realizzazione dell'intervento nei tempi più stretti possibili dal trauma, stabiliti statisticamente rilevanti entro le 48 ore. Anche solo tale concetto determina una linea guida da osservare con assiduità. Ciononostante tale linea non è attuabile in tutti i casi e il presente PDTA evidenzia, indica ed esclude i casi che rappresentano eccezione al protocollo regionale e allo stesso modo indica, orienta e facilita il percorso dei pazienti che vi rientrano. Non possono avvalersi di tali tempistiche alcuni pazienti con gravi comorbidità (vedi capitolo 8.1.9 Risoluzione problematiche cliniche).



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 10 di 82
---	--	--

2. SCOPO

Il presente documento descrive le diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) offerto ai pazienti anziani con fratture del collo del femore all'interno dell'Azienda San Camillo Forlanini. Con tale percorso si vuole migliorare la presa in carico dei pazienti con diagnosi di sospetta o accertata frattura del collo del femore nelle diverse fasi di diagnosi e terapia, al fine di uniformare le attività cliniche e i percorsi organizzativi alle linee guida più accreditate, per ottenere il miglior risultato funzionale possibile con l'ottimale impiego delle risorse disponibili.

Il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- migliorare la continuità dell'assistenza, in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili;
- offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale del paziente con frattura di femore;
- migliorare i tempi dell'iter diagnostico terapeutico, fissando gli standard aziendali;
- migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente;
- ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito
- la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.
- indicare un percorso di riabilitazione precoce per la ripresa completa dell'autonomia del soggetto e agevolare il ritorno ad una vita in condizioni di indipendenza e sicurezza

Il PDTA è stato redatto seguendo le seguenti Linee Guida di riferimento :

- 1) Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN): Management of hip fracture in older people, 2009.
- 2) Lazio Sanità Agenzia di Sanità Pubblica; Società Italiana di Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI); Società Italiana Ortopedia e Traumatologia (SIOT); Febbraio 2007; Percorso assistenziale per la gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni, ASP Lazio
- 3) National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Hip fracture management, Clinical Guideline CG124; May 2017
- 4) La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano
www.siaarti.it/standardclinici
- 5) BUONE PRATICHE CLINICHE Behr 1, F. Facchin 2, M. Degoli 3, A. Corcione 4
09 ottobre 2018.
- 6) 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. European Heart Journal (2014) 35, 2383–2431

Visto anche il PDTA Regione Emilia R. *Procedura Aziendale - PDTA. Percorso di cura per l'assistenza integrata alle persone con Frattura di Femore e ultrasessantacinquenni - AOU Bologna 2014.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 11 di 82
---	--	--

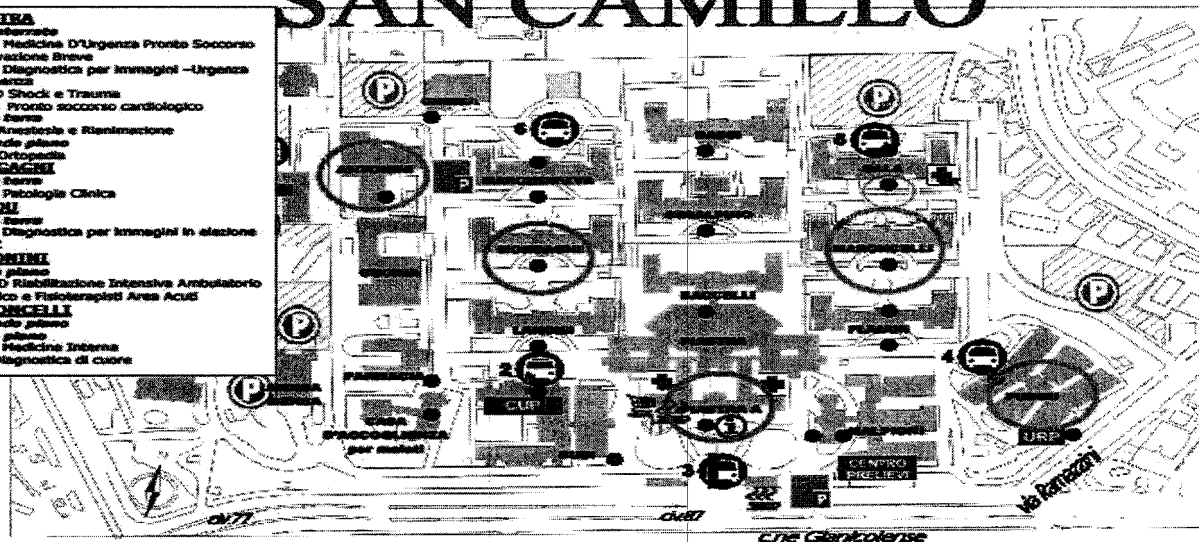
3. CAMPO DI APPLICAZIONE

"Il presente PDTA è di tipo interdipartimentale, coinvolgendo 3 Dipartimenti e le seguenti UUOO e strutture:

- **DIPRO**
- **Direzione Sanitaria**
- U.O.C. Anestesia e Rianimazione
- U.O.C. Diagnostica per immagini in elezione
- U.O.C. Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso Osservazione Breve
- U.O.C. Medicina interna
- U.O.C. Ortopedia
- U.O.S.D Traumatologia
- U.O.C. Patologia clinica
- U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza
- U.O.C. Cardiologia – UOS UTIC e Pronto soccorso cardiologico
- U.O.S.D. Riabilitazione Intensiva
- U.O.S.D. Shock e trauma
- Ospedale San Giovanni Battista ACISMOM
- Casa Di Cura San Raffaele Portuense

PIASTRA
Semiinferno
- UOC Medicina D'Urgenza Pronto Soccorso
Osservazione Breve
- UOC Diagnostica per immagini -Urgenza
Emergenza
- UOSD Shock e Trauma
- UOS Pronto soccorso cardiologico
Primo piano
- UOC Anestesia e Rianimazione
Secondo piano
- UOC Ortopedia
PROSSIMI
Primo piano
- UOC Patologia Clinica
PIRELLI
Primo piano
- UOC Diagnostica per immagini in elezione
- UTIC
ANTONINI
Primo piano
- UOSD Riabilitazione Intensiva Ambulatorio
Riabilitazione e Fisioterapisti Area Acuti
MARONCELLI
Secondo piano
Terzo piano
- UOC Medicina Interna
UOS Diagnostica di cuore

SAN CAMILLO



Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 12 di 82

4. CRITERI DI ACCESSO

Il presente PDPA si rivolge a tutti i Pazienti affetti da frattura di femore ultra sessantacinquenni che accedono al San Camillo- Forlanini tramite Pronto soccorso (percorso acuto), o trasferiti dalla rete territoriale .

Normativa di Riferimento Regionale

- Decreto Regione Lazio n° 159/16 del 13 05 2016 - riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale
- DGR 73/2010 Rete assistenziale dell'emergenza
- DGR 76/2010 Rete assistenziale trauma grave e Neurotrauma

I pazienti con frattura di collo femore aderenti al PDPA presentano una naturale precedenza al ricovero in reparto al loro arrivo in PS in rapporto alla disponibilità di posto letto presso le U.O. di Ortopedia e di Traumatologia.

Codici ICD CM

CODICE* ICD9 CM	DIAGNOSI
820	Frattura del collo del femore
820.0	Frattura transcervicale, chiusa
820.1	Frattura transcervicale, esposta
820.2	Frattura pertrocanterica, chiusa
820.3	Frattura pertrocanterica, esposta
820.8	Parte non specificata del collo del femore, chiusa
820.9	Parte non specificata del collo del femore, esposta
821	Frattura di altre e non specificate parti del femore
821.0	Frattura di diafisi o di parte non specificata, chiusa
821.1	Frattura di parte non specificata del collo del femore, esposta
821.2	Frattura di epifisi distale, chiusa
821.3	Frattura di epifisi distale, esposta
733.14	Frattura patologica del collo del femore
733.15	Frattura patologica di altre parti specificate del femore

CODICE* ICD9 CM	PROCEDURE
79.15	Riduzione incruenta di frattura del femore con fissazione interna
79.35	Riduzione cruenta di frattura di femore con fissazione interna
81.40	Riparazione dell'anca non specificata altrove
81.51	Sostituzione totale dell'anca



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 13 di 82
--	--	--

CODICE* ICD9 CM	PROCEDURE
81.52	Sostituzione parziale dell'anca
00.70	Revisione di protesi d'anca sia acetabolare che dei componenti femorali
00.72	Revisione di protesi d'anca componente femorale
00.71	Revisione di protesi
00.73	Revisione di protesi d'anca inserto acetabolare e/o della sola testa del femore. Codificare anche il tipo di superficie di appoggio se conosciuto (00.74-00.77)

5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ABCD	Arway Breathing Circulation Disability
ADL	Comuni attività della vita quotidiana
AR SAR	Anestesista Rianimatore Servizio Anestesia e Rianimazione
AR TIPO	Anestesista Rianimatore Terapia Intensiva Post Operatoria
BOE	Blocco Operatorio Elettivo
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CDR	Clinical Demential Rating
Cod. 56	Trattamento intensivo (unità di riabilitazione intensiva) – Decreto regionale n 159 13 maggio 2016
Cod.60	Lungodegenza medica-riabilitativa– Decreto regionale n 159 13 maggio 2016
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
ECG	Elettrocardiogramma
EGA	Emogasanalisi
E-PASS	Estimation Physiologic Ability and Surgical Stress
GCS	Glasgow Coma Scale
LDD	Lesioni Da Decubito
PACS	Patient Archives Communication System
PACU	Post Anesthesia Care Unit
PRI	Progetto riabilitativo individuale
PS	Pronto Soccorso
RIS	Radiology Information System
RX	Radiografia
SGA	Subjective Global Assessment
SPMSQ	Short Portable Mental Statement Questionary
TIPO	Terapia Intensiva Post Operatoria
TC	Tomografia Computerizzata
TML	Triage Modello Lazio
TSRM	Tecnico Sanitario Radiologia Medica
TVP	Trombosi Venosa Profonda



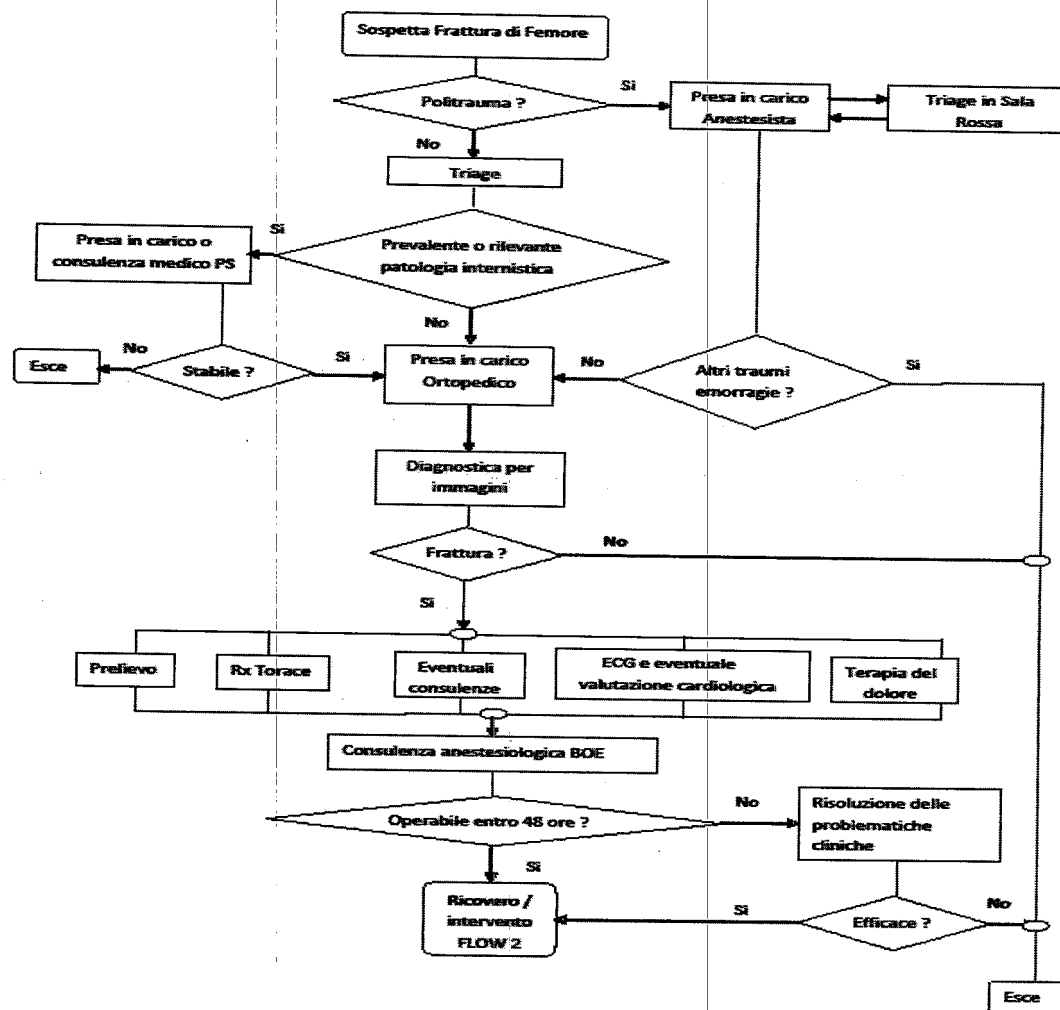
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 14 di 82

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

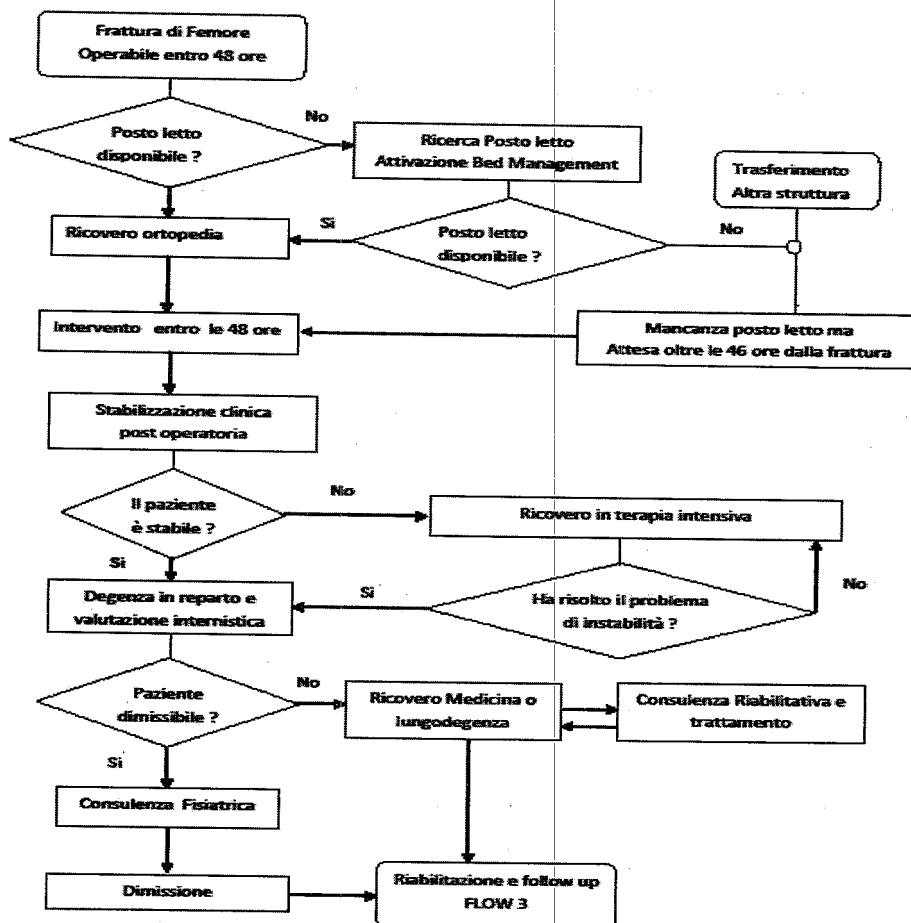
6.1 FLOW Diagnostica e terapeutica





PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 15 di 82

6.2 FLOW 2 Ricovero e Terapia



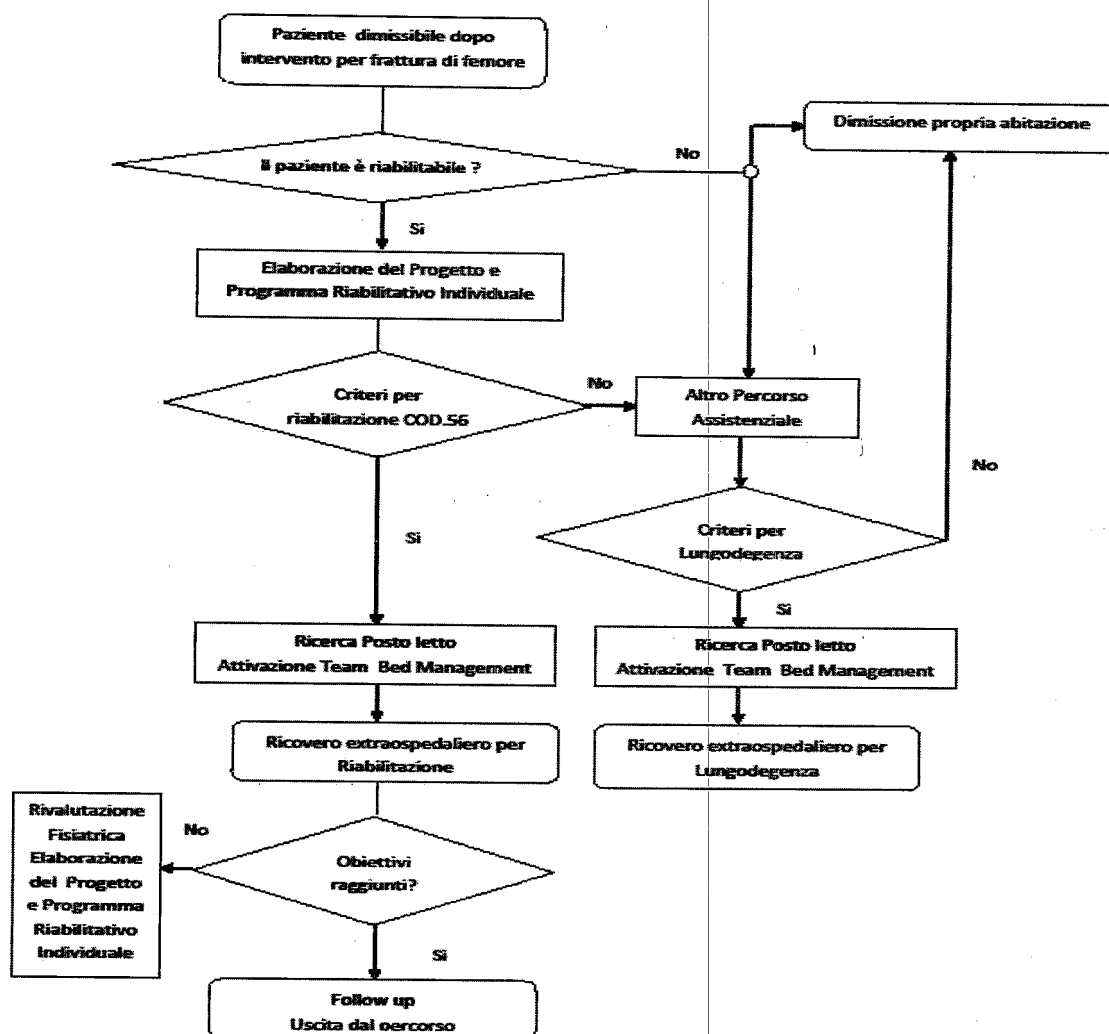


PDTA

Cod. Doc.:
901/PDTA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 16 di 82

6.3 FLOW 3 Dimissione, Riabilitazione. Lungodegenza, Follow Up





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 17 di 82

7. RESPONSABILITA'**7.1 Matrice delle responsabilità Diagnostica e terapeutica (flow n.1 e 2)**

Attività \ Operatore	Anestesista PS	Infermiere di Triage / P.S.	Medico P.S.	Ortopedico	Tecnico Radiologia DEA	Radiologo DEA	Medico Lab. analisi	Cardiologo P.S.	Internista	Anestesista BOE	TBM	Caposala BOE
Visita anestesiologicala in caso di politrauma codice rosso	R	C		I								
Triage		R	I	I								
Visita Medica urgente per patologia associata	I		R	I								
Eventuale consulenza per trattamento dello shock	R	C	C	I								
Visita Ortopedica		C		R								
Indagini radiologiche				C	R	C						
Refertazioni indagini radiologiche				C	I	R						
Esami ematochimici		C		R								
Ecg + eventuale valutazione								R		I		
Visita anestesiologicala per intervento			C	C						R		
Disponibilità Sala Operatoria		I		C						C		R
Ricerca posto letto post-operatorio			I	C							R	I
Visita Internistica in consulenza dopo ricovero				C					R		I	
Stabilizzazione post-operatoria				C						R		
Paziente non operabile				C					C	R	C	I

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 18 di 82

7.2 Matrice delle responsabilità Ricovero, dimissione e riabilitazione (Flow chart 2 e 3)

Attività / Operatore	Ortopedico reparto	Medico Internista	Infermiere Reparto	Medico Radiologo	Fisiatra Aziendale	Fisioterapista Aziendale	Medico laboratorio	TBM	Fisiatra Esterno	Fisioterapista Esterno	Ortopedico Ambulatorio
Visita Ortopedica	R		C								
Controllo radiologico	C	I	C	R							
Visita Fisiatrica e Progetto riabilitativo	C	I	C		R	I					
Programma Riabilitativo post-operatorio	C	I	C		C	R					
Visita Internistica in consulenza	C	R	I		I	I					
Esami ematochimici	C	I	C		I	I	R				
Moduli per Riabilitazione Intensiva Cod.56 e 60 Competenza riabilitativa	C	I	I		R	I		I			
Moduli per Riabilitazione Intensiva Cod.56 e 60 Medico reparto	R	I	I		C	I		I			
Invio moduli Cod. 56 e 60	C	I	C					R			
Visita Fisiatrica e Progetto riabilitativo esterno	I								R	C	
Programma Riabilitativo post-operatorio esterno	I								C	R	
Rivalutazione	C	I	I		R						
Follow-up Aziendale											R
Follow-up extra aziendale									R		

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 19 di 82

8. AZIONI

8.1. Diagnosi

8.1.1 Presa in carico dell'Anestesista di PS in caso di Politrauma codice rosso

Il paziente politraumatizzato segue un Percorso riservato accedendo direttamente in sala emergenza ove si esegue il triage; con l'ausilio di scale di valutazione si inquadra rapidamente il grado di gravità del trauma. La scala RTS (Revised Trauma Score) definisce un trauma quale severo per un punteggio superiore o uguale a 11 e la scala ISS (Injury Severity Score) derivata dalla scala AIS (Abbreviated Injury Scale), definisce il trauma maggiore o politrauma un trauma con ISS maggiore a 15 e trauma grave se ISS maggiore 25.

- RTS: basata su tre parametri principali: GCS, frequenza respiratoria, Pressione arteriosa sistolica (V. min 0 - V. max 12)

GCS	PA sistolica	Frequenza respiratoria	Punteggio
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

- AIS: La Abbreviated Injury Scale (AIS) è un sistema di punteggio globale di gravità che assegna ad ogni lesione presente sul corpo un punteggio da 1 a 6
 - 1 minore
 - 2 moderato
 - 3 serio (grave ma non lesione potenzialmente fatale)
 - 4 severo (possibile lesione letale)
 - 5 critico (probabile rischio di morte)
 - 6 gravissimo (morte certa)
- ISS: L'ISS si basa sull'Abbreviated Injury Scale (AIS). Per calcolare l'ISS il corpo è suddiviso in sei regioni:



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 20 di 82

- o Testa o collo - incluso il rachide cervicale.
- o Faccia - incluso lo scheletro del volto, naso, bocca, occhi e orecchie
- o Torace - inclusa la colonna vertebrale toracica e diaframma
- o Addome e regione pelvica - compresi gli organi addominali e la colonna vertebrale lombare
- o Le estremità o cingolo pelvico - compreso lo scheletro pelvico
- o Area esterna

Per calcolare il punteggio ISS si deve prendere il più alto punteggio AIS in ciascuna delle tre regioni corporee più gravemente ferite, elevare al quadrato ogni valore AIS e sommare i tre numeri ottenuti. ($ISS = A^2 + B^2 + C^2$ A, B, C sono i punteggi AIS delle tre regioni corporee più lesionate). La scala ISS varia da 1 a 75. Se nella scala AIS iniziale compare un 6 il punteggio ISS è automaticamente considerato 75.

Confermato il codice rosso all'ingresso il soggetto viene preso in carico dal rianimatore che provvede ad eseguire l'esame obiettivo del paziente seguendo lo schema dell'ABCDE al fine di valutare la presenza di possibili criticità che possano pregiudicare nell'immediato la sopravvivenza del paziente. Il trauma team (rianimatore e almeno due infermieri) avvia la monitorizzazione multiparametrica in continuo registrando ritmo cardiaco, pressione arteriosa e SpO2, si esegue l'ECG che viene inviato in refertazione al cardiologo, si procede all'incannulamento di un vaso venoso, si eseguono prelievi per esami ematochimici e l'EGA arterioso e, nei casi giudicati più complessi, si cateterizza la vescica e si incannula un vaso arterioso.

Escluse e/o trattate le lesioni più gravi e potenzialmente fatali nell'immediato il rianimatore prescrive le indagini diagnostiche più appropriate che generalmente constano di TC total-body con mezzo di contrasto e radiografie dei segmenti scheletrici sedi di sospette lesioni fratturative.

Al termine della fase diagnostica si rivaluta il caso clinico e si coinvolgono gli specialisti consulenti. Qualora una frattura di femore aggravi il bilancio lesionale viene quindi chiamato l'ortopedico di PS: se la frattura è l'unica lesione che il paziente riporta, lo stesso verrà quindi preso in carico dall'ortopedico e seguirà il percorso assistenziale prestabilito, se invece vi fossero altre lesioni che richiedano trattamento prioritario il paziente rimarrà in carico al rianimatore fino alla stabilizzazione clinica. Obiettivo ipotetico è quello di apportare le dovute correzioni cliniche al fine di superare la criticità nell'arco delle 24 ore così da poter avviare il paziente al trattamento chirurgico entro le 48 ore dall'evento traumatico.

Sono esclusi da questo percorso i pazienti con trauma cranico con imaging positiva, trauma toracico che implichi insufficienza respiratoria, emorragie addominali con o senza competenza chirurgica in urgenza e tutti i traumi con ISS maggiore di 25.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 21 di 82

8.1.2 Triage

Il triage è effettuato dal personale infermieristico competente ad attribuire il codice d'urgenza che indirizza il paziente direttamente all'ortopedico o al medico di Pronto Soccorso (PS) in caso di patologia medica internistica associata prevalente o rilevante.

Valutazione sulla porta

È necessario valutare:

1. ABCD come indicato nella parte della metodologia generale (linee guida del Triage modello Lazio) http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutidetail&id=360
2. Aspetto esteriore per ricercare la presenza di ferite, deficit motorio, deformità dell'arto inferiore interessato.
3. Modalità di accesso del paziente (mezzo privato, 118, altro).

Infermiere Triage

- informazioni da rilevare dal paziente
- tipologia e modalità dell'accaduto
- perdita di coscienza con Glasgow Coma Scale (GCS)
- parestesie, deficit motori
- presenza di patologie note (patologie cardio e cerebrovascolari, neurologiche, diabete ecc.)
- allergie
- rilevazione parametri vitali e breve esame fisico mirato
- rilevazione livello del dolore con scala del dolore
- attribuzione del codice colore secondo linee guida Triage Modello Lazio (TML)

Al termine della compilazione della scheda di triage il paziente viene indirizzato alla sala visita open space del codice verde in carico alla ortopedia.

8.1.2.1 Setting di cura PS Infermiere Accoglienza

- Instaura una relazione positiva ed emotivamente armonica con il paziente e i familiari. La relazione è parte della cura.
- Incannulamento vena periferica ed esecuzione di prelievi ematici.
- ECG 12 derivazioni.
- Posizionamento di catetere vescicale.
- Terapia analgesica come da prescrizione medica.
- Rilevazione dei parametri vitali.

In attesa di trasferimento nella UOSD Traumatologia, il paziente permane in sala attesa open space del codice verde.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 22 di 82

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI
POLITRAUMA CODICE ROSSO	Presa in carico Valutazione Trattamento	Medico Anestesista di PS Piastra Seminterrato - sala rossa UOSD Shock e trauma Tel 06.58703114	Immediato all'arrivo
SOSPETTA FRATTURA DI FEMORE IN PAZ. CON POSSIBILE PATOLOGIA INTERISTICA CAUSA DELL'EVENTO (ES.SINCOPE)	TRIAGE Raccolta dati Parametri vitali Assegnazione Codice Prelievo	Infermiere Piastra Seminterrato - AREA TRIAGE U.O.C. Medicina D'Urgenza - Pronto Soccorso Osservazione Telefono 06.5870.3102 - 3668	Dall'arrivo in P.S. 10 minuti dolore acuto o codice giallo 30 minuti a 2 ore codice verde
	Visita medica	Medico D'urgenza Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Medicina D'Urgenza - Pronto Soccorso Osservazione Tel 06 5870.4910	10 minuti dolore acuto o codice giallo 30 minuti a 2 ore codice verde
	Analisi Laboratorio	Medico di Laboratorio U.O.C. Patologia Clinica Malpighi Piano terra Tel. 06 5870.4429	Invio immediato dopo triage 1.5 ora per lettura
	Consulenza Ortopedica	Medico Ortopedico Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA ORTOPEDICA UOSD Traumatologia Tel. 06.5870.3105	Entro 3 ore
	Visita ortopedica	idem	Entro 3 ore
	Rx - TAC	Radiologia U.O.C. Diagnostica per Immagini Urgenza Emergenza Piastra Seminterrato Tel. 06.5870.3022 -3009	In relazione all'intensità dei flussi dei pazienti entro le 3 ore
	Consulenza internistica in PS	Medico D'urgenza Piastra Seminterrato PRONTO SOCCORSO AREA VISITA U.O.C. Medicina D'Urgenza - Pronto Soccorso Osservazione Tel 06 5870.4910	Entro 1 ora dalla richiesta
	ECG - eventuale valutazione cardiologica / ecocardio	Medico cardiologo di P.S. Piastra Seminterrato Stanza Cardiologia tel 58706054	Immediata dopo consulenza anestesiologicala
	Analisi Laboratorio	Medico di Laboratorio U.O.C. Patologia Clinica Malpighi Piano terra	Invio immediato dopo triage 1.5 ora per lettura

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI		Rev. 00 del 05/08/19
			Pag. 23 di 82
		Tel. 06 5870.4429	
	Visita anestesiológica Per intervento	Anestesista del BOE UOC Anestesia e Rianimazione DEA 06/58703295	Entro 30 minuti dal completamento indagini
	Intervento	Ortopedico Sala operatoria Blocco operatorio Seminterrato Piastra UOSD Traumatologia Tel 06/5870.3026	Immediato all'arrivo in sala operatoria
	Degenza	Ortopedia Reparto Infermieri reparto UOC Ortopedia tel 0658703191 e UOSD Traumatologia Tel.0658704871 Piastra secondo piano	Degenza media 7-8 giorni
	Assistente sociale	Servizio sociale Padiglione Mensa Fax 06/58704517 346/2333415 340/9502515 06/58703776 06/58703655	Dopo l'invio del fax della scheda di segnalazione (allegato n .14.15) entro 48 ore lavorative
Postoperatorio	Fisioterapia	Medico Fisiatra Richiesta dalla UO di degenza Padiglione Antonini 1 piano UOSD Riabilitazione Intensiva : Telefono 06.58705424 Fax 06/58704660	Entro 24 ore dal ricevimento del FAX con richiesta di consulenza
	Visita ambulatoriale	Ambulatorio ortopedico Infermieri Ambulatorio Poliambulatorio Piastra 1 piano Tel 06/5870.3167 Invio in codice 5 Piastra 2° piano UOC Ortopedia Tel 0658703191 UOSD Traumatologia Tel.0658704871	Secondo clinica

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 24 di 82

8.1.3 Visita medica urgente – presa in carico del paziente**8.1.3.1 Medico PS**

- Anamnesi ed esame obiettivo.
- Diagnostica e terapia.
- Acquisisce informazioni utili da familiari e fornisce loro indicazioni relative al percorso del paziente al termine della fase di valutazione e inquadramento diagnostico.
- Passaggio consegne all'Ortopedico

8.1.3.2 Infermiere PS

- Incannulare vena periferica, eseguire prelievi ematici, ECG 12 derivazioni, somministrazione terapia analgesica come da prescrizione medica.
- Rilevare i parametri vitali.
- Instaurare una relazione positiva ed emotivamente armonica con il paziente e i familiari. La relazione è parte della cura.

In attesa di trasferimento nella UOSD Traumatologia, il paziente permane nei locali del P.S. , salvo situazioni di sovraffollamento per cui il paziente è più sicuro nel Reparto di destinazione in sovrannumero che nel corridoio del P.S.

8.1.3.3. Consulenza Anestesiologica per eventuale stabilizzazione paziente

Non infrequentemente, essendo il paziente oggetto di questo documento ultrasessantacinquenne, ci troveremo di fronte a casi clinici in cui per età e comorbidità possono prevalere patologie internistiche che in occasione dell'evento traumatico vanno incontro a scompenso acuto con perdita dei labili equilibri e stabilità di cui molti pazienti godono. In queste circostanze il medico di PS può avvalersi della consulenza rianimatoria da parte del rianimatore di PS che provvederà a valutare il paziente in termini di

- Anamnesi - alla ricerca delle patologie croniche invalidanti, stile qualità e autonomia di vita, allergie e trattamenti farmacologici
- Esame obiettivo con particolare interesse per l'obiettività toracica e cardiovascolare
- Valutazione dei parametri vitali: Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, SpO2, Diuresi
- Visione degli esami di laboratorio
- EGA arterioso

il tutto con lo scopo di definire o meno la presenza di uno stato di shock ed impostare la dovuta terapia mirata o di supporto.

Lo shock è uno stato di ipoperfusione d'organo con conseguente disfunzione e morte cellulare.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 25 di 82

I meccanismi possono coinvolgere la riduzione del volume circolante, della gittata cardiaca, e vasodilatazione, a volte con l'esclusione del letto capillare dalla perfusione ematica. I sintomi comprendono l'alterazione dello stato mentale, la tachicardia, l'ipotensione e l'oliguria. La diagnosi è clinica, compresa la misurazione pressione arteriosa e, talvolta, i marcatori di ipoperfusione tissutale (p. es., lattati nel sangue, deficit di basi). Il trattamento si effettua con liquidi, compreso il sangue se necessario, correzione dello squilibrio di base e a volte con somministrazione di vasopressori. Importante discriminare **gli stati potenzialmente correggibili nel breve periodo o che richiedano trattamento immediato** (vedi allegato 14.3)

- Ipotensione PAS <90 mmHg
- Disidratazione
- Ipovolemia
- Anemia: Hb < 7.5
- Ipossia: SpO2 < 90%; pO2 < 60 mmHg o pCO2 ≥ 55 mmHg
- Disordini elettrolitici: Na+ ≤ 125 o > 155; K+ < 2.5 o ≥ 6.1 o HCO3 - < 18 o > 36
- Aritmie: Fibrillazione Atriale o Tachicardia Sopraventricolare ≥121; Tachicardia Ventricolare; Blocco A-V III° grado o Bradicardia ≤ 45
- Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato
- Insufficienza cardiaca: Edema polmonare o segni di scompenso cardiaco all'Rx Torace, con dispnea e/o esame obiettivo anormale
- Iperglicemia Glicemia (mg/dL): > 600
- Ipotermia TC < 35°C

Se si riesce ad ottenere il successo clinico nell'arco delle prime 24 ore il paziente può essere avviato alla chirurgia se la diagnostica radiologica conferma la sospetta frattura di femore.

Utopistica viene considerata la possibilità di portare alla condizione di pieno benessere preoperatorio un soggetto che sia affetto da patologie croniche quali cardiopatia, insufficienza respiratoria o disfunzione renale ed *in cui l'obiettivo sarà il raggiungimento di un discreto stato di compenso garantendo la precocità dell'intervento nei limiti del massimo standard di sicurezza ottenibile per il singolo paziente.*



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 26 di 82

8.1.4 Visita ortopedica P.S.

Valutazione dell'eventuale presenza di frattura da parte dell'ortopedico.
Tutti i pazienti con sospetta frattura vengono sottoposti a Rx dell'anca.
In caso di Rx negative per fratture il paziente esce dal percorso; in caso di dubbio, quando c'è un sospetto di frattura che radiograficamente non è confermata, il paziente può essere sottoposto TC

- Anamnesi ed esame obiettivo
- Valutazione stato idratazione
- Valutazione comorbidità
- Valutazione stato di coscienza
- Richiesta esami ematochimici e successiva valutazione
- Richiesta Rx anca e successiva valutazione
- Consulto con radiologo per eventuale TC integrativa
- Richiesta Rx torace
- Richiesta ECG a cui seguirà una valutazione cardiologica nei casi ritenuti necessari dal Cardiologo di guardia di PS
- Prescrizione di terapia analgesica e reidratante
- Consenso informato Medico Chirurgico Ortopedico (allegato n.14.8)
- Comunicazione al paziente e ai parenti della diagnosi.

8.1.5 Diagnostica radiologica

8.1.5.1 Tecnico di Radiologia DEA

- Individuazione della richiesta di prestazione radiologica
- Accettazione del paziente dal RIS (*Radiology information System*)
- Controllo e verifica dei dati anagrafici al momento dell'ingresso in sala
- Spostamento del paziente, con l'ausilio del personale infermieristico, sul tavolo radiologico.
- Esecuzione dello studio radiologico da condividere con il Medico Radiologo di turno, ed invio delle immagini al PACS (*Patient Archives Communication System*) per la refertazione.

8.1.5.2 Radiologo DEA

- Refertazione dei radiogrammi eseguiti. Se necessario comunicazione verbale di particolari evidenze/ reperti radiologici allo specialista richiedente
- In caso di frattura, contestuale esecuzione del radiogramma del torace pre-operatorio; se non effettuata, lo specialista ortopedico effettuerà la richiesta informatizzata
- Se la radiografia dell'anca è negativa, ma c'è un sospetto clinico motivato, sarà eseguita appena disponibile la sala, integrazione diagnostica con studio TC, in accordo con lo



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 27 di 82

specialista ortopedico, che procede alla richiesta informatizzata

- In caso di diagnosi di frattura, esecuzione del radiogramma del torace pre-operatorio.

8.1.5.3 Consenso Informato

Il Paziente che accede al Nostro DEA ha già firmato un consenso informato specifico così come da delibera 660 del 23 dicembre 2019, allegato 4 (vedi allegato 14.1) ; il Paziente sarà avviato all'esecuzione dell'esame RX o TC senza mezzo di contrasto.

8.1.6. Cardiologo PS

La chirurgia per frattura di femore, secondo le raccomandazioni delle LG ESC/ESA 2014 per la valutazione e il management del rischio CV nella chirurgia non cardiaca, viene considerata tra quelle a rischio intermedio con rischio a 30 giorni per morte cardiovascolare o infarto miocardico del 1-5%. (Tabella 2)

ECG PREOPERATORIO:

- raccomandato in tutti i Pz che hanno fattori di rischio clinico (Tabella 3) con programma di chirurgia a rischio intermedio (**IC**)
- potrebbe essere raccomandato in tutti i Pz di età $\geq$ a 65anni che non hanno fattori di rischio clinico con programma di chirurgia a rischio intermedio (**IIBc**)

ECOCARDIOGRAFIA PREOPERATORIA:

- considerata solo nella chirurgia ad alto rischio con raccomandazione di **Classe IIb C**
- ecocardiografia preoperatoria di routine non è raccomandata nei Pz con indicazione a chirurgia a rischio intermedio (**III C**)

Pazienti selezionati identificati dagli Anestesisti con sospetta o nota patologia cardiaca con sufficiente complessità in grado di condizionare un potenziale rischio perioperatorio (cardiopatie congenite, sintomi indicativi di instabilità emodinamica o bassa capacità funzionale richiedono una valutazione in team multidisciplinare integrato (European Heart Journal 2014; 35: 2388- 2393)

Tab 2: Stima del rischio operatorio in rapporto al tipo di chirurgia

Low-risk: < 1%	Intermediate-risk: 1-5%	High-risk: > 5%
• Superficial surgery • Breast • Dental • Endocrine: thyroid • Eye • Reconstructive • Carotid asymptomatic (CEA or CAS) • Gynaecology: minor • Orthopaedic: minor (meniscectomy) • Urological: minor (transurethral resection of the prostate)	• Intra-abdominal: splenectomy, hiatal hernia repair, cholecystectomy • Carotid symptomatic (CEA or CAS) • Peripheral arterial angioplasty • Endovascular aneurysm repair • Head and neck surgery • Neurological or orthopaedic major (hip and spine surgery) • Urological or gynaecological major • Renal transplant • Intra-thoracic non-major	• Aortic and major vascular surgery • Open heart surgery • Transcatheter aortic valve replacement (TAVI) • Endovascular aneurysm repair (EVAR) • Transcatheter mitral and aortic valve repair • Transcatheter pulmonary valve replacement • Transcatheter left atrial appendage closure • Transcatheter left ventricular assist device (LVAD) • Transcatheter right ventricular assist device (RVAD) • Transcatheter left ventricular assist device (LVAD) • Transcatheter right ventricular assist device (RVAD) • Transcatheter left ventricular assist device (LVAD) • Transcatheter right ventricular assist device (RVAD)

La stima del rischio operatorio in rapporto al tipo di chirurgia prende in considerazione esclusivamente il tipo di intervento valutando il rischio di morte cardiovascolare e di infarto del miocardio legata ai 30 gg successivi a un intervento specifico senza considerare eventuali comorbidità dei pazienti.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 28 di 82

Tab 3: Fattori clinici di rischio cardiovascolare in rapporto al Revised Cardiac Risk Index

• Ischaemic heart disease (angina pectoris and/or previous myocardial infarction*)
• Heart failure
• Stroke or transient ischaemic attack
• Renal dysfunction (serum creatinine >170 µmol/L or 2 mg/dL or a creatinine clearance of <60 mL/min/1.73 m ²)
• Diabetes mellitus requiring insulin therapy

8.1.7 Laboratorio biochimica clinica

Richiesta esami ematochimici pre operatori e successiva valutazione secondo schema GIPSE (Emocromo, Transaminasi, bilirubina, elettroliti, creatinina, azotemia, fosfatasi alcalina, glicemia, amilasi, proteine totali, pt, ptt, fibrinogeno)

8.1.8 Visita anestesilogica (di sala operatoria) ed accertamenti preoperatori

Nel caso in cui la radiografia dell'anca sia positiva, gli accertamenti sono completati da:

- EO torace
 - Rx torace
 - Sao2
- esami ematochimici standard preoperatori, gruppo sanguigno
- elettrocardiogramma (ECG) a cui seguirà una valutazione cardiologica nei casi ritenuti necessari dal cardiologo di guardia in PS
 - in via sperimentale, e in aggiunta alla scheda anestesilogica, è adottato il NOTTINGHAM HIP FRACTURE SCORE (in allegato 14.4) quale score di gravità del paziente. Tale score, oltre a fornire informazioni da riportare nella cartella clinica sul rischio clinico e sul percorso post-operatorio del paziente, potrà essere utile a monitorare successivamente l'outcome.

La valutazione anestesilogica pre-operatoria è integrata dal consenso informato e dalla informazione ai parenti e vanno riportate le comorbidità, il grado di rischio presuntivo dell'intervento. In caso di paziente incapace e privo di rappresentante legale, *occorre procedere senza ritardo per fronteggiare la frattura femore, assimilabile a rischio grave per la salute del paziente*



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 29 di 82

8.1.9 Risoluzione problematiche cliniche

In sintesi si elencano le alterazioni fisiopatologiche del paziente che vanno corrette prima dell'intervento, rimandando eventualmente l'intervento.

Qualora il tempo di cura per la stabilizzazione superi le 48 ore il paziente esce dal presente PDTA.

- Ipotensione PAS <90 mmHg
- Aritmie: Fibrillazione Atriale o Tachicardia Sopraventricolare ≥ 121 ; Tachicardia Ventricolare; Blocco A-V III° grado o Bradicardia ≤ 45
- Temperatura $\leq 35^\circ$ o $\geq 38.5^\circ$
- Dolore toracico con IMA o angina con ST sopra o sottoslivellato
- Insufficienza cardiaca: Edema polmonare o segni di scompenso cardiaco all'Rx Torace, con dispnea e/o esame obiettivo anormale
- Insufficienza respiratoria: SaO₂ <90%, PaO₂ <60 mH, PaCO₂ ≥ 55 MmHg
- INR ≤ 2 in anestesia generale (≤ 1.5 se indispensabile anestesia subaracnoidea)
- Squilibri idroelettrolitici: Na⁺ ≤ 125 o > 155 ; K⁺ < 2.5 o ≥ 6.1 o HCO₃⁻ < 18 o > 36
- Iperglicemia Glicemia (mg/dL): > 600
- Azotemia > 50
- Creatinina ≥ 2.6
- Anemia: Hb ≤ 7.5

La scelta di rimandare l'intervento deve essere documentata in cartella clinica, gli obiettivi della stabilizzazione devono essere rivisti quotidianamente e il paziente reinserito nella lista operatoria appena possibile.

Naturalmente alterazioni analoghe, ma di minore gravità, vanno ugualmente corrette ma non giustificano in genere un ritardo dell'intervento.

8.1.10 Ricerca posto letto

Il TBM è incaricato a trovare le migliori soluzioni per i pazienti in attesa di posto letto da pronto soccorso e nei trasferimenti intra-aziendali.

Per far fronte al problema del sovraffollamento in Pronto soccorso e alla carenza di posti letto, L'Azienda Ospedaliera San Camillo ha predisposto in base al documento n.15325/2019 del 04/02/2019 e successivi aggiornamenti, un cruscotto per il quale ogni giorno il PS generale possa usufruire con regolarità di un numero di PL sufficienti per U.O., rispettando le disposizioni

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 30 di 82
---	--	--

regionali e riducendo drasticamente gli eventi di sovraffollamento.

Per le U.O. di ortopedia e traumatologia, sono stati previsti un totale di 4 posti letto/die per i pazienti con patologia ortopedica da ricoverare dal pronto soccorso.

Il TBM, in base al suo ruolo, verifica alle ore 7 e nelle seguenti dodici ore, la quantità di pazienti presenti in pronto soccorso e i pazienti destinati a ricovero per l'ortopedia e la traumatologia, tramite il sistema informatizzato Gipse. Da ricognizioni effettuate nel box ortopedico del pronto soccorso e nei reparti di ortopedia e traumatologia, si individuano i letti che si liberano per dimissione o trasferimento e insieme all'ortopedico di pronto soccorso in condivisione con il medico responsabile dei reparti, vengono individuati i pazienti prioritari al ricovero.

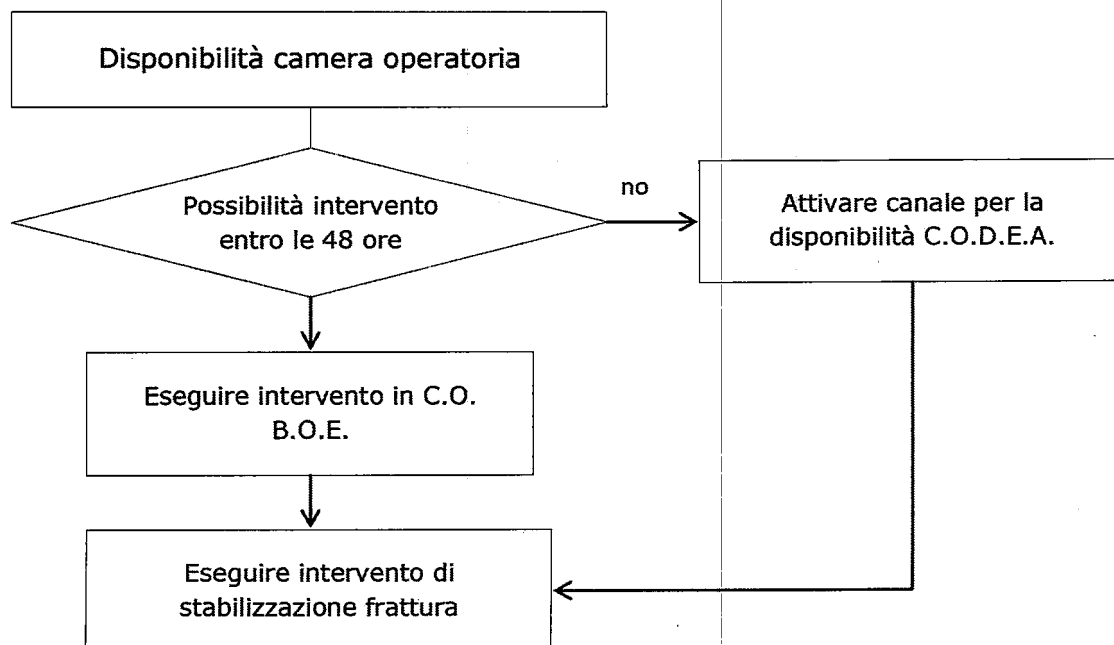
I pazienti ultrasessantenni, con frattura del femore operabili, verranno ricoverati entro le 48 ore dall'accesso in pronto soccorso.

In caso di riduzione dei posti letto disponibili nelle U.O. individuate, (per diminuzione delle dimissioni e/o trasferimenti), si procederà in accordo con il Bed Manager e la Direzione Sanitaria, al blocco dei ricoveri elettivi fino a riassorbimento dei pazienti con priorità di ricovero in pronto soccorso. Nei casi di mancanza dei posti letto vedi capitolo 9 Scostamenti ed eccezioni.

8.1.11 Disponibilità sala operatoria

La disponibilità della sala operatoria è subordinata alla disponibilità di impiego dei mezzi di sintesi e di strumentari chirurgici idonei all'intervento chirurgico il cui approvvigionamento è subordinate alle dinamiche di reintegro della farmacia aziendale. (vedi anche Paragrafo 9 " Scostamenti ed eccezioni" pag. 48).

Nel caso in cui NON vi sia la possibilità dell'utilizzo della sala operatoria ortopedica nella C.O. B.O.E. e l'attesa dello stesso fosse oltre le **46 ore**, attivare i canali per avere la disponibilità ad eseguire l'intervento nella C.O. D.E.A.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 31 di 82
---	--	--

8.2 Ricovero

8.2.1 Ortopedico reparto

- Indicazione e tipologia intervento.
- Richiesta sangue e/o metodi alternativi.
- Approfondimenti informativi e firma consenso alla procedura chirurgica.
- Informazione ai parenti.
- Profilassi antitromboembolica
- Ossigenoterapia
- Antibiotico profilassi
- Terapia antalgica

8.2.1.1 Infermiere di reparto

Accoglienza malato in reparto:

L'infermiere di reparto che accoglie il malato dovrà:

- identificare il paziente, verificare il motivo del ricovero trasferire con l'ausilio dei colleghi il paziente sul posto letto assegnato con materasso antidecubito.
- rilevare i parametri vitali
- stabilire da subito una relazione positiva ed emotivamente armonica con il paziente e i familiari, come parte della cura
- ricevere dal paziente, se ne è in grado o dai parenti qualora l'ultrasessantacinquenne non lo sia, tutte le notizie anamnestiche sulla relativa terapia domiciliare da valutare con il medico di guardia per la corretta registrazione/prescrizione sulla Scheda Unica di terapia Informatizzata (SOFIA).
- verificare insieme a paziente e/o parenti il funzionamento del letto e del campanello di chiamata
- compilare la cartella infermieristica (CPSI)

8.2.2 Anestesista

E' propedeutica ad una corretta gestione del paziente una valutazione Anestesiologica preoperatoria in grado di definire la operabilità in tempi ristretti e evitare successivi possibili ritardi in camera operatoria che possono alterare l'iter del percorso.

L'anestesista effettua una prima valutazione del paziente e riporta i dati del NOTTINGHAM SCORE (vedi allegato n.14.4 e 14.5).

Lo stesso anestesista che prende in carico il paziente, in questa fase di cura, diventa *case-manager* del percorso perioperatorio al fine di garantire la continuità assistenziale.

- Informazioni sulle condizioni cliniche e richiesta dati anamnestici.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 32 di 82
---	--	--

- Impostazione e/o condivisione con il medico di reparto di terapie atte a condurre il paziente in camera operatoria nelle migliori condizioni possibili.
- Presa visione esami di routine previsti per intervento chirurgico.
- Compilazione scheda anestesiologicala con particolare riferimento a patologie pregresse o attuali di interesse anestesiologicalo e/o potenzialmente instabili.
- Esposizione delle tecniche anestesiologicalhe e dei rischi correlati (nei limiti delle capacità di collaborazione del paziente) e raccolta del consenso informato, compreso l'invito a donare emazie. Laddove le condizioni del paziente dal punto di vista cognitivo non dovessero consentire l'acquisizione del consenso informato si attua la procedura specifica.
- La scelta del tipo di assistenza postoperatoria prevedibile verrà indicata dall'anestesista rianimatore SAR1 all'atto della valutazione preoperatoria del paziente eventualmente in collaborazione con l'anestesista rianimatore TIPO e sarà riportata sulla lista operatoria. Anche per la misura dell'outcome della fase post-operatoria si propone l'adozione del NOTTINGHAM SCORE (allegato 14.4) sia per la PACU che, eventualmente, per la TIPO.

Per Terapia antalgica: paracetamolo ev ogni 6 ore $\pm$ oppioidi basse dosi e BLOCCO DEL NERVO FEMORALE (naropina 0.75 % 10-15 ml)

Per Paziente con terapie anticoagulanti e /o antiaggreganti: seguire tabella specifica in allegato n.14.6 (TABELLA 4).

8.2.3 Preparazione del paziente all'intervento

La preparazione del paziente all'intervento viene effettuata dagli infermieri professionali del reparto attraverso:

- Controllo della effettuazione e refertazione degli esami preoperatori; esami ematici, ECG, Rx torace.
- Assegnazione del Digiuno preoperatorio (minimo 6 ore)
- Controllo della corretta esecuzione della richiesta sangue.
- Controllo della segnalazione dell'arto.
- Tricotomia
- Controllo consensi informati generico e specifico.
- Controllo del Videat anestesiologicalo.
- Segnalazione al medico di reparto id eventuali mancanze
- Compilazione checklist per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico (vedi allegato 14.10).



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 33 di 82

8.2.4 Presa in carico del paziente nel blocco operatorio

- Identificare il paziente, del sito chirurgico e della procedura chirurgica.
- Verificare la completezza della documentazione clinica del paziente (consenso informato, indagini diagnostiche di imaging ed ematochimiche, ECG).
- Verificare l'adeguatezza delle condizioni igieniche del paziente.
- Controllare che il paziente non indossi monili, smalto, protesi, lenti a contatto
- Controllare lo stato di sanificazione del letto del paziente con cui verrà condotto in sala operatoria.
- Rispondere esaurientemente alle domande del paziente e rassicurarlo.

8.2.4.1 Accoglienza in sala operatoria

Infermiere di sala:

- adeguata informazione al paziente sulle manovre che si eseguiranno (es. incannulamento vena, preparazione alla spinale, etc.);
- posizionamento del paziente sul letto operatorio;
- monitoraggio continua, incannulamento vena periferica;
- preparazione del materiale e assistenza per esecuzione di anestesia periferica (spinale, epidurale) o generale;
- informazione al paziente sulle manovre eseguite di volta in volta e tranquillizzarlo.

Al termine dell'intervento:

- trasferimento paziente sul letto;
- ripristino sala operatoria;
- controllo monitoraggio post chirurgico in sala risveglio;
- verifica della documentazione clinica del paziente (descrizione atto operatorio);
- invio del paziente al reparto.

Infermiere strumentista:

- preparazione del tavolo operatorio (strumentazione chirurgica);
- coadiuvare il chirurgo all'atto chirurgico.

Al termine dell'intervento riordino e controllo strumentario chirurgico. (Vedi Delibera n.1643 de 1-12-2017 in recepimento della Raccomandazione Ministeriale n. 2 RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO)



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 34 di 82

8.2.5 Anestesista durante intervento

- Verifica disponibilità posti letto in terapia intensiva post chirurgica (TIPO).
- Accoglienza e verifica identità del paziente e sito chirurgico, scheda anestesilogica.
- Incannulamento venoso e monitoraggio.
- Scelta definitiva della tecnica anestesilogica, quando possibile condivisa con il paziente, ed esecuzione della stessa.
- Assistenza intra/postoperatoria immediata.
- Informazione relativa al percorso perioperatorio del paziente.
- In PACU saranno ammessi i pazienti in respiro spontaneo senza l'ausilio di protesi respiratorie aventi necessità, per poche ore, di monitoraggio cardiorespiratorio, emodinamico, di un fabbisogno di O₂ < 40% e assenza di infusione di farmaci vasoattivi. Tali pazienti saranno programmati come primi nelle liste operatorie e per essi verrà fatta richiesta differita di posto letto (fax non nominativo).
- In TIPO saranno inviati i pazienti in condizioni cliniche a rischio di instabilità clinica (soprattutto respiratoria ed emodinamica) che necessitano di un trattamento avanzato delle funzioni vitali e/o monitoraggio clinico-strumentale protratto. Questi pazienti saranno programmati in lista operatoria in ordine successivo al primo e la richiesta di disponibilità di posto letto sarà nominativa.

8.2.6 Intervento chirurgico

Il paziente è operabile e viene sottoposto a intervento con metodiche chirurgiche diverse sulla base del quadro anatomico - patologico di partenza.

- Posizionamento sul tavolo operatorio.
- Intervento e compilazione atto operatorio.
- Comunicazione su esito ai parenti a fine intervento

8.2.7 Terapia intensiva

Valutazione, monitoraggio, riequilibrio ed eventuale ripristino delle funzioni vitali e dei principali parametri clinici e successivo mantenimento, fino a una stabilizzazione certa del quadro clinico tale da non richiedere più assistenza o osservazione in reparto intensivistico.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 35 di 82

8.2.7.1 Medico

- Accettazione (dovrà essere compilata, all'arrivo del paziente, una scheda condivisa di valutazione tra l'anestesista trasferente e intensivista accettante), visita, esame obiettivo e anamnesi con compilazione scheda di Terapia Intensiva (TI).
- Valutazione e integrazione dei dati ematochimici e strumentali disponibili secondo protocollo di reparto e/o esigenze specifiche del caso.
- Valutazione, ripristino (ove necessario anche invasivo), riequilibrio e successivo mantenimento delle funzioni vitali e dei principali parametri clinici.
- Impostazione terapia farmacologica di supporto con particolare riguardo a profilassi tromboembolica, valutazione e controllo del dolore, idratazione.
- Valutazione continua dei parametri vitali monitorati strumentalmente o manualmente. Prescrizione e controllo degli esami ematochimici con relativi aggiustamenti terapeutici.
- Informazione "mirata" ai parenti in caso di modificazione del quadro clinico.
- Stabilizzazione certa del quadro clinico tale da non richiedere più assistenza o osservazione in reparto intensivistico.
- Trasferimento reparto di provenienza con relazione di accompagnamento.

N.B.: - *Il modificarsi del quadro clinico in corso di ricovero e delle esigenze terapeutiche, anche considerata l'elevata età media e la notevole comorbidità di questa tipologia di paziente, rendono estremamente variabile sia il tempo di ricovero sia i contenuti assistenziali dello stesso che possono, in casi statisticamente molto limitati, prevedere degenze prolungate e necessità di assistenza rianimatoria di grado elevato.*

8.2.7.2 Infermiere- Setting di cura

Accettazione:

- sistemazione paziente su letto modulare,
- collegamento a supporto ventilatorio,
- monitoraggio parametri vitali,
- controllo diuresi e drenaggi,
- controllo decubiti,
- controllo disponibilità sangue
- lettera di accoglienza .

Esecuzione:

- ECG,
- RX Torace,
- prelievi ematici compresa EGA

Somministrazione terapia su prescrizione medica:

- antibiotico profilassi,
- terapia antalgica,
- nutrizione parenterale e/o liquidi.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 36 di 82
---	--	--

Successivamente:

- monitoraggio parametri vitali,
- controllo diuresi e drenaggi,
- controllo sito chirurgico,
- controllo postura,
- igiene paziente.

8.2.8 Stabilizzazione clinica post operatoria

In funzione delle comorbidità pre-esistenti e delle condotte anestesiológicas e chirurgiche intraoperatorie l'assistenza postoperatoria potrà variare da un livello di media o alta intensità di cure da effettuarsi rispettivamente in PACU o in TIPO, a un livello di bassa intensità di cure che prevede l'invio del paziente direttamente in reparto.

In PACU saranno ammessi i pazienti in respiro spontaneo senza l'ausilio di protesi respiratorie aventi necessità, per poche ore, di monitoraggio cardiorespiratorio, emodinamico, di un fabbisogno di $O_2 < 40\%$ e assenza di infusione di farmaci vasoattivi.

In TIPO saranno inviati i pazienti in condizioni cliniche a rischio di instabilità clinica (soprattutto respiratoria ed emodinamica) e che necessitano, pertanto, di un trattamento avanzato delle funzioni vitali e/o monitoraggio clinico-strumentale protratto.

La presa in carico del paziente nella fase perioperatoria è completata dalle valutazioni cliniche a distanza di 24 ore dall'intervento.

8.2.9 Controllo ortopedico post intervento in reparto di degenza**8.2.9.1 Medico**

Nel post operatorio il medico di reparto identifica il decorso sulla base delle condizioni generali valutando:

- Emocromo dopo 6 ore dopo 24 ore e dopo 48 ore dell'intervento o oltre sulla base della evoluzione dei valori e dispone eventuali emotrasfusioni
- Saturazione di ossigeno con saturimetro o eventuale emogas
- Stato della ferita chirurgica eseguendo la medicazione a 24 ore dall'intervento e decidendo ulteriori medicazioni sulla base della evoluzione clinica e a 48 ore eseguirà la eventuale rimozione del drenaggio se presente.
- Valutazione della terapia medica antitrombotica, antibiotica e antidolorifica
- Prescrizione del radiogramma di controllo e sua valutazione
- Richiesta di videat fisiatrico ed effettuazione della scheda fisiatrica mista dedicata.
- Richiesta di eventuali consulenze specialistiche sulla base della evoluzione clinica

8.2.9.2 Infermiere**Al Rientro del paziente in reparto l'infermiere dovrà eseguire:**

- Rilevazione parametri vitali
- Ossigeno terapia
- Controllo ferita ed eventuali drenaggi
- Controllo emocromo, terapia e minzione, controllo agocannula e terapia infusione

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 37 di 82

8.2.9.3 Controllo Radiologico

Nel paziente con artroprotesi viene eseguito il controllo radiologico in sala operatoria prima delle fine dell'intervento. Viceversa nei pazienti tratti con mezzi di sintesi viene eseguito controllo entro 24 ore in sezione radiografica.

8.2.10 Medico internista

Nei pazienti non immediatamente operabili, ricoverati in ortopedia, il medico internista verterà chiamato in consulenza dall'ortopedico in caso di riacutizzazioni di patologie preesistenti o patologie acute di interesse internistico.

8.3 Dimissione e riabilitazione

8.3.1 Ortopedico

La dimissione/trasferimento del paziente dai Reparti di Ortopedia e Traumatologia è una tappa multidisciplinare tra gli specialisti Ortopedico, Internista e Fisiatria. L'Ortopedico stabilisce che il paziente non necessita, a breve- medio termine, di ulteriori trattamenti chirurgici e fornisce le "indicazioni al carico" sulla scheda condivisa (vedi allegato 14.12) . Il medico di reparto dopo essersi coordinato con i consulenti delle altre specialità afferenti al caso specifico, redige la scheda unica di richiesta posto letto in U.O. DI RIABILITAZIONE SUL TERRITORIO che invierà al TBM.

8.3.2 Infermiere

Alla dimissione dal reparto il collaboratore professionale infermiere di reparto eseguirà:

- Controllo della ferita
- Controllo della effettuazione della Rx postoperatorio
- Valutazione della Consulenza fisiatria e della conformità del codice assegnato con la destinazione della U.O. di riabilitazione destinataria sul territorio
- Valutazione delle Richieste verso le cliniche riabilitative
- INVIO della scheda unica di richiesta posto letto in U.O. DI RIABILITAZIONE SUL TERRITORIO al TBM.

Preparazione della cartella clinica per l'invio alla U.O. di riabilitazione destinataria sul territorio, comprensiva di lettera di dimissione, ultimi esami ematochimici, referti radiologici, scheda informatica riassuntiva della terapia somministrata.

8.3.3 Controllo radiologico

Viene effettuato in sezione radiologica (Padiglione Piastra) previo appuntamento del medico ortopedico dimettente con impegnativa nei tempi previsti dall'ortopedico .

8.3.4 Medico Internista

Il medico internista verterà chiamato in consulenza nei casi di riacutizzazione di patologie preesistenti di interesse internistico o di complicanze post-operatorie (Emorragie, TVP, Embolia polmonare, infezioni).

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 38 di 82

8.3.5 Visita Fisiatrica e Progetto riabilitativo

E' oramai noto il valore della mobilizzazione e del trattamento riabilitativo precoce nei pazienti anziani affetti da frattura del collo del femore al fine di ridurre i rischi connessi alla ipomobilità indotta dall'allettamento e di favorire un miglior recupero della deambulazione e delle autonomie delle attività della vita quotidiana.

La consulenza fisiatrica viene eseguita entro 24 ore dalla richiesta inviata dall'ortopedico per consentire un trattamento riabilitativo precoce entro 24 - 48 ore dall'intervento chirurgico.

I pre-requisiti per la trascrizione della consulenza fisiatrica sono la disponibilità degli esami radiografici post operatori e l'indicazione quantitativa, da parte dell'ortopedico, del carico da concedere sull'arto operato. (Vedi scheda mista allegato n 14.12)

Nella consulenza saranno riportati i dati relativi alle patologie associate condizionanti il recupero funzionale, le capacità funzionali precedenti la frattura, saranno descritti gli obiettivi di recupero funzionale raggiungibili a breve termine, la prognosi funzionale e il setting riabilitativo successivo. In tal modo si consente ai fisioterapisti l'avvio entro 24 ore delle metodiche riabilitative da adottare. Si redige pertanto un primo Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che con le successive modifiche seguirà il paziente in tutto il suo percorso riabilitativo come previsto dal Piano d'indirizzo per la riabilitazione. **DCA Regione Lazio del 13 maggio 2016 Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale.*

L'indicazione del setting riabilitativo idoneo al paziente rappresenta un passaggio fondamentale per ottenere il massimo livello di recupero della funzione in relazione alle condizioni cliniche della persona, al suo livello di partecipazione e al contesto socio-economico in cui è inserito.

Come da normativa regionale citata per i pazienti affetti da frattura del collo femore ultrasessantacinquenni i setting riabilitativi proponibili in regime di degenza sono:

- le unità di riabilitazione intensiva (cod.56) in continuità di ricovero e in DH,
- le unità di lungodegenza medica-riabilitativa (cod.60).

8.3.5.1 Trattamento intensivo (Unità di riabilitazione intensiva)

Il Trasferimento in Unità di Riabilitazione Intensiva è indicato per quei pazienti che :

- necessitano di nursing infermieristico articolato nelle 24 ore e di sorveglianza medica continua;
- presentano menomazioni , disabilità importanti e complesse con potenzialità di recupero;

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 39 di 82

- per condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche compatibili con la partecipazione a programmi riabilitativi, richiedono, in ragione della grave disabilità e delle condizioni cliniche, programmi di riabilitazione intensiva di almeno 3 ore giornaliere .

In tali reparti devono perciò essere trasferiti prevalentemente pazienti affetti da disabilità secondarie a patologie del sistema nervoso, dell'apparato locomotore, respiratorio e cardiovascolare che non ricadano nell'alta specialità riabilitativa, nonché per il recupero di abilità a seguito di chirurgia funzionale o amputazioni.

Criteri di ammissione

- Trasferiti da ospedali per acuti
- Dimessi a domicilio dopo traumi ossei, sottoposti ad interventi chirurgici e non, in cui viene fatto divieto di carico per un tempo determinato e specificato dal medico specialista, prima di poter intraprendere un programma riabilitativo
- Dimessi a domicilio per i quali è indicata una fase di stabilizzazione ed ottimizzazione della terapia medica, purché documentata dal medico curante
- Provenienti dalla Lungodegenza medica-riabilitativa
- Dimessi a domicilio da reparto per acuti nei 30 giorni precedenti per mancanza di posto letto riabilitativo

È previsto l'ingresso in reparto per condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente compatibili con la partecipazione ai programmi riabilitativi (la presenza di cannula tracheale non rappresenta una controindicazione assoluta al trasferimento). Tale compatibilità deriva dal grado di partecipazione ai programmi riabilitativi, utilizzando una valutazione pre-morbosa del paziente, la severità del quadro clinico e la rilevazione delle diverse funzioni da riabilitare ricorrendo alle seguenti scale di valutazione e relativi punteggi: escludendo quelle usate per gli esiti neurologici post-coma e patologie cardio-vascolari

- Barthel 10-49 (fatta eccezione per pazienti instabili e con comorbidità complesse inviati dalla lungodegenza medica riabilitativa).
- MMS: >15 (decadimento cognitivo moderato) .

8.3.5.2 Riabilitazione intensiva in regime di DH (codice 56)

Il Day Hospital (DH) riabilitativo rappresenta una modalità di erogazione degli interventi di riabilitazione intensiva ed è dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 40 di 82

assistenza continua medico-infermieristica nell'arco delle 24 ore .
 L'Indice di Barthel all'ingresso deve essere compreso tra 50 e 74 . (Vedi allegato 14.14)

I pazienti inseriti nel PDTA Aziendale del San Camillo avranno priorità di accesso al DH della UOSD Riabilitazione Intensiva rispetto a pazienti in lista d'attesa per altre patologie; il fine di tale ricovero è esclusivamente terapeutico e non diagnostico.

8.3.5.3 Lungodegenza Medica-Riabilitativa (Cod. 60)

L'indicazione va posta per pazienti con quadri clinici instabili, che hanno ancora bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche al fine di individuare i successivi percorsi più appropriati.

Presso le degenze ospedaliere, una volta terminato l'intervento medico e/o chirurgico a seguito di evento acuto e/o di riacutizzazione di una patologia cronica, si ha spesso la necessità di predisporre la continuazione delle cure in altri appropriati setting assistenziali. In tali casi, il trasferimento diretto in un reparto di post-acuzie intensiva non di alta specializzazione può non essere appropriato in quanto il paziente non è ancora sufficientemente stabile per ricevere un intervento riabilitativo intensivo di almeno 3 ore giornaliere.

Va pertanto prevista, in questi specifici casi, una fase intermedia tra la dimissione dall'acuzie e l'accesso alla struttura ospedaliera riabilitativa da effettuarsi presso un nuovo setting assistenziale denominato nel documento come "Lungodegenza medica riabilitativa". Viceversa, per i pazienti che, terminata la permanenza in riabilitazione intensiva e che presentino necessità di ulteriori interventi medici, può essere previsto il trasferimento in lungodegenza medica riabilitativa prima di avviare, eventualmente, il completamento del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) in un setting territoriale. Tale tipologia di ricovero dovrà essere destinata a pazienti in una condizione di instabilità clinica non appropriata per un reparto per acuti, portatori di comorbidità in attesa di iniziare una riabilitazione intensiva. L'accesso dovrà avvenire tramite trasferimento diretto da reparti per acuti medici e chirurgici attraverso la scheda di trasferimento (Allegato A).

Criteri di ammissione:

- Scala CIRS con indice di comorbidità ≥ 3
- Barthel ≤ 30
- Indice di KATZ (ADL) $\leq 2/6$

Criteri di non esclusione:

- Pazienti portatori di sistemi di nutrizione artificiali (parenterali/ enterali)
- Lesioni da pressioni III-IV stadio
- Ferite chirurgiche in via di guarigione
- Pazienti tracheostomizzati in respiro spontaneo da più di 72 ore anche in O2 terapia

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 41 di 82

- Pazienti con decadimento cognitivo successivo all'evento acuto
- Pazienti amputati con moncone in via di guarigione
- Pazienti con gravi compromissioni dello stato di coscienza/coma in attesa di accoglienza presso un nucleo residenziale intensivo per persone non autosufficienti
- Pazienti con insufficienza respiratoria e/o infezioni e/o ipertermia in corso

Dopo il ricovero in codice 60 possono passare ad un setting residenziale in RSA (Vedi Paragrafo Assistente sociale 8.3.7.).

8.3.6 Programma riabilitativo precoce (entro 48h dall'intervento): Fisioterapista

Entro le prime 24/48 ore, dopo aver visionato la documentazione sanitaria del paziente, il fisioterapista mette in atto il programma riabilitativo, in linea col progetto riabilitativo del fisiatra e dopo valutazione funzionale. (Vedi allegato 14.13)

Nella prima fase, l'intervento riabilitativo in relazione alla tecnica chirurgica tende a prevenire le complicanze della immobilizzazione attraverso :

- Posizionamento nel letto dell'arto operato
- variazioni posturali (supino-seduto, letto-carrozzina),
- mobilizzazione passiva, attivo-assistita,
- esercizi respiratori in relazione alle condizioni del paziente
- istruzioni al paziente e al Care-giver delle norme antilussazione nel caso di protesi d'anca.

Laddove prescritto dall'ortopedico in accordo con il Fisiatra si effettua la preparazione alla posizione seduta e al carico (sfiorante/ completo, con e senza ausilio) e la successiva rieducazione al carico vedi (Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI Atti dirigenziali di Gestione Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584 Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)" BUR N. 37 8/5/2018).

8.3.7 Assistente sociale

L'assistente sociale in seguito alla segnalazione inviata via FAX (allegato 14.15) interviene in tutti i casi di dimissioni difficili (codice 60) in pazienti senza fissa dimora o nei casi di disagio sociale. **La valutazione deve avvenire il più precocemente possibile, anche nel momento del ricovero in reparto, se sono evidenti bisogni di tipo sociale o assenza di familiari di riferimento.** A tal fine si allega la scheda di Segnalazione (allegato n 14.15).

8.3.8 Trasferimento in altro reparto aziendale

8.3.8.1 Trasferimento in Reparti di Medicina Aziendali

Il medico internista verra' chiamato in consulenza per eventuale trasferimento del paziente nei

PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08		Pag. 42 di 82

reparti di Medicina.

Il paziente potrà essere trasferito in Medicina nei seguenti casi:

- Instabilità clinica valutata con la scala MEWS (allegato n.14.11)
- Complicanze post-operatorie: Emorragie, TVP, Embolia polmonare, Infezioni (urinarie, polmonari o di altre sedi)
- Riacutizzazioni di patologie preesistenti (cardiovascolari, polmonari, renali)

8.3.8.2 Trasferimento in riabilitazione extra aziendale

Quando le condizioni cliniche post-operatorie consentono il trasferimento presso una struttura riabilitativa, l'ortopedico di reparto compila la scheda informativa che verrà inviata al Servizio Ottimizzatori.

8.3.8.3 Al domicilio

Quando le condizioni cliniche post-operatorie consentono la dimissione presso il domicilio l'ortopedico di reparto compila la scheda informativa che verrà consegnata al paziente e/o ai familiari con le indicazioni mediche ed riabilitative che il paziente dovrà seguire.

La scelta della dimissione a domicilio piuttosto che la struttura riabilitativa verrà concordata nell'immediato post operatorio con il paziente e/o i familiari in base alle condizioni cliniche ed organizzative.

8.4 Percorso extraaziendale e follow up

L'obiettivo del progetto riabilitativo è quello di realizzare gli interventi sanitari e sociali necessari per ottenere il massimo livello di recupero della funzione in relazione alle condizioni cliniche della persona, al suo livello di partecipazione e alle sue capacità, al contesto in cui è inserito, tenendo conto della disponibilità delle risorse. Vedi *DCA Regione Lazio del 13 maggio 2016 Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale. *Piano di indirizzo per la riabilitazione, Conferenza Stato Regioni del 10 febbraio 2011.*

Le strutture dove il paziente viene trasferito, dall'ospedale alla struttura riabilitativa, rispondono ai requisiti di struttura e di organizzazione previsti dalla recente normativa. **DM 70/2015*

Il paziente con frattura di femore, al termine del percorso ospedaliero, può continuare il suo percorso di riabilitazione presso i reparti di riabilitazione post-acute.

Nel Lazio, sono 2.896 i posti letto (di cui 246 in regime di DH) per riabilitazione intensiva (codice 56) **DCA Regione Lazio del 17 novembre 2016 Programmazione dell'offerta di posti letto di post-acute riabilitativa e medica.*

In caso di pazienti ultrasessantacinquenni con esiti di patologie recenti, entro il primo anno dall'evento acuto, degli arti inferiori (fratture, sostituzioni protesiche, interventi chirurgici, amputazioni), l'azione di prima scelta, qualora non indicata la permanenza in ambiente

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 43 di 82

ospedaliero o in altro setting assistenziale (Day Hospital, Semiresidenziale, Ambulatoriale) è il trattamento riabilitativo domiciliare; questo favorisce il precoce ripristino delle abitudini di vita quotidiana e contrasta il fenomeno dell'allettamento, considerando che tali condizioni morbose sono riferite prevalentemente a persone in età avanzata (Documento di indirizzo: Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni, Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica, Gennaio 2013). Gli obiettivi riabilitativi sono orientati al raggiungimento delle autonomie di base, ai passaggi posturali, alla deambulazione. E' necessaria la collaborazione del paziente.

Criteri di scelta per l'invio di soggetti nelle riabilitazioni post-acuzie:

- 1) pazienti che necessitano della presenza medico-infermieristica h 24;
- 2) pazienti con presenza di menomazioni e disabilità importanti con potenzialità di recupero;
- 3) con condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche compatibili con la partecipazione a programmi riabilitativi, che richiedono programmi di riabilitazione intensiva di almeno 3 ore giornaliere
- 4) valutazione con Scala di Barthel con punteggio da 10 a 49 (vedi allegato 14.14)

8.4.1 Trasferimento presso strutture di riabilitazione post acuzie Cod. 56

I criteri di appropriatezza di ricovero nelle strutture di riabilitazione post acuzie Cod. 56 rispecchiano le indicazioni del DCA del 13 Maggio 2016 In particolare vengono accettati pazienti:

- Trasferiti da ospedali per acuti
- Dimessi a domicilio dopo traumi ossei, sottoposti ad interventi chirurgici e non, in cui viene fatto divieto di carico per un tempo determinato e specificato dal medico specialista, prima poter intraprendere un programma riabilitativo
- Dimessi a domicilio per i quali è indicata una fase di stabilizzazione ed ottimizzazione della terapia medica, purché documentata dal medico curante
- Provenienti da domicilio su richiesta del MMG, previa prescrizione del Medico Specialista
- in riabilitazione, per le patologie previste dal DCA 16/2008 Regione Lazio (paragrafo 3.3.1- "Eccezioni ai criteri")
- Provenienti dalla Lungodegenza medica-riabilitativa
- Dimessi a domicilio da reparto per acuti nei 30 giorni precedenti per mancanza di posto letto riabilitativo
- Trasferiti da un reparto di alta specializzazione per miglioramento delle condizioni cliniche e proseguimento del PRI
- Da altro reparto di riabilitazione intensiva per avvicinamento alla propria residenza purché complessivamente la durata di ricovero rientri nel valore soglia

È previsto l'ingresso in reparto per condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente compatibili con la partecipazione ai programmi riabilitativi e la emendabilità della patologia in oggetto. Tale compatibilità deriva dal grado di partecipazione ai programmi riabilitativi, utilizzando una valutazione pre-morbosa del paziente, la severità del quadro clinico e



PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08		Pag. 44 di 82

la rilevazione delle diverse funzioni da riabilitare ricorrendo alle seguenti scale di valutazione e relativi punteggi:

- Barthel 10-49
- MMS: >15 (decadimento cognitivo moderato)

L'Accesso del paziente è regolamentato dal DCA del 13 Maggio 2016 e dal DCA U00217 del 06/06/2017. In particolare il paziente viene accettato previa valutazione di scheda di trasferimento regionale (in allegato), compilata dal reparto per acuti in tutte le sue parti (con il contributo di medici specialisti in riabilitazione, laddove presenti). Il paziente giunge pertanto da reparti per acuti o da proprio domicilio se rientra nei casi sopra citati. La documentazione richiesta per l'ingresso comprende la scheda di trasferimento, lettera di dimissione, fotocopia della cartella clinica o altra documentazione clinica, immagini radiologiche post operatorie.

Le richieste provenienti da altre Strutture vengono gestite con i seguenti criteri:

- ✓ Rispetto dei parametri di appropriatezza
- ✓ Presenza di comorbidità
- ✓ Rispetto della data di richiesta e di arrivo presso l'Ufficio Ricoveri
- ✓ Rispetto della priorità e della potenzialità di recupero (anche in funzione del quadro clinico generale, della terapia farmacologica sostenuta, di eventuali co-infezioni presenti o recenti, dell'età del paziente) desumibili dalla descrizione effettuata dal medico del reparto di provenienza.

Linee guida di riferimento utilizzate durante il ricovero in riabilitazione post acuzie si trovano in Bibliografia a Pag. 51.

8.4.2 Accettazione del paziente

1. Identificazione del paziente viene effettuata attraverso il documento da parte dell'Ufficio Accettazione. In caso di errati dati anagrafici l'ufficio stesso dovrà essere tempestivamente avvertito
2. Valutazione della documentazione in ingresso e della congruità tra le condizioni cliniche del paziente e la scheda regionale di proposta ricovero inviata dall'Ospedale per acuti, al fine di rilevare le potenzialità residue del paziente nel percorso riabilitativo o, altresì, considerare l'evenienza di una sua **non accettazione**. Nel caso in cui si evidenziassero situazioni cliniche non descritte nella proposta di ricovero compilata dall'Ospedale di provenienza, che siano di rilevante pregiudizio al percorso riabilitativo, il Medico dell'accettazione provvederà a bloccare l'ambulanza che ha effettuato il trasporto e nel contempo ad informare il Medico responsabile del reparto per una valutazione congiunta sulla opportunità di non accettare il paziente e di reinviarlo al reparto di provenienza.



PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08		Pag. 45 di 82

3. Gestione da parte del personale amministrativo di accettazione della fase informativa verso il paziente ed i suoi familiari con raccolta delle firme del paziente (o del suo tutore legale) in merito a:
 - a) D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)
 - b) Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016
4. Elettrocardiogramma (ECG), da effettuare in accettazione o immediatamente dopo non appena il paziente raggiunge il reparto di degenza
5. Richiesta di indagini radiologiche specifiche finalizzate alla precoce attuazione del progetto riabilitativo individuale ed esecuzione delle stesse quando possibile (in particolare per pazienti sottoposti a osteosintesi, sostituzioni protesiche di anca e ginocchio) per evidenziare eventuali criticità intercorrenti dal momento dell'intervento chirurgico alla accettazione presso il reparto di Riabilitazione
6. Trasferimento in reparto
7. Raccolta dell'anamnesi
8. Visita ed esame obiettivo con particolare attenzione a presenza di lesioni da pressione (indicazione all'utilizzo di presidi anti decubito, valutazione multidisciplinare)
9. Valutazione preliminare di eventuali accertamenti diagnostici (p.es. esami di laboratorio, esami strumentali) e consulenze specialistiche da richiedere
10. Valutazione della terapia medica in atto (antecedente l'accettazione) ed opportuno adeguamento al prontuario terapeutico Ospedaliero
11. Compilazione della scheda di terapia STU su terminale
12. Definizione della dieta da seguire durante la degenza
13. Definizione preliminare della mobilizzazione del paziente con indicazione del presidio idoneo da assegnare al paziente
14. Gestione della fase informativa verso il paziente ed i suoi familiari con raccolta delle firme del paziente (o del suo tutore legale) in merito a:

Consenso informato agli atti diagnostici ed al trattamento terapeutico

8.4.3 Attività di Reparto

Nella prima giornata, ad integrazione e perfezionamento delle attività eseguite nella fase di accettazione, deve essere completata la visita del paziente e predisposto il "programma riabilitativo di minima"; deve inoltre essere svolta attività informativa (counseling) nei confronti dei familiari e del paziente sull'attività che svolgerà presso la struttura durante il ricovero anche mediante la consegna dell'informativa sulla durata prevista per la degenza e sugli ulteriori eventuali percorsi assistenziali.

Nell'ambito di tale attività è necessario che il medico informi:

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 46 di 82

- della modulazione del trattamento riabilitativo
- adeguatamente il familiare sulla durata dell'intero percorso riabilitativo fino alla data della dimissione prevista in aderenza a quanto indicato nei provvedimenti regionali vigenti

Nelle giornate successive a quella di ingresso :

- Il progetto riabilitativo viene condiviso dall'equipe e deve comunque essere avviato tempestivamente a cura del fisioterapista di riferimento possibilmente entro 72 ore dal ricovero
- Va effettuata la Compilazione del Rapporto Accettazione Dimissione (RAD) entro i tempi utili per l'invio del flusso di dati inerenti i nuovi ricoveri
- Durante la settimana vanno eseguiti controlli clinici dei pazienti e controlli sull'attività di palestra (inclusi la verifica della congruità dell'attività riabilitativa svolta in accordo con la normativa vigente)
- La sospensione dalla terapia per motivi clinici verrà eseguita dal medico di reparto
- Il controllo dei decubiti di regola eseguito dagli infermieri del reparto, verrà supervisionato almeno una volta a settimana dai medici del reparto

8.4.4 Dimissione

Il paziente e i suoi familiari devono essere preventivamente informati sulla data effettiva della dimissione consegnando l'apposita lettera anche al fine di rispettare la programmazione di nuovi ricoveri

8.4.4.1 Trasferimenti in urgenza

I trasferimenti dei pazienti in urgenza sono regolati da necessità cliniche e devono essere comunicati tempestivamente.

8.4.4.2 Emotrasfusioni

Il medico che effettua la trasfusione è tenuto a conoscere il Regolamento del servizio trasfusione vigente .

8.4.4.3 Certificazioni mediche

Si raccomanda una attenta valutazione delle certificazioni da rilasciare ai pazienti; tali certificazioni devono avere carattere clinico e non medico legale; è inoltre opportuno che venga specificata la finalità per cui vengono fornite(ad Es. ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile).

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 47 di 82
---	--	--

8.4.4.4 Prescrizioni presidi

La prescrizione dei presidi (ausili, protesi e ortesi) deve essere redatta secondo le normative vigenti.

Il paziente assistito ha la piena facoltà di scegliere tra le aziende fornitrici di presidi di assistenza protesica iscritte nell'elenco regionale e autorizzate all'erogazione di detti presidi per conto del 4^f° sistema sanitario regionale.

Il preventivo di spesa (firmato dal tecnico della azienda fornitrice) corredato dalla scheda tecnica dovrà essere allegato alla prescrizione del medico, a seguito della verifica della corrispondenza tra quanto prescritto e il modello di presidio individuato per la fornitura.

Non è previsto per questi pazienti il ricovero in cod.75 , dedicata alla neuroriabilitazione di pazienti con esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA), cioè un danno cerebrale tale da determinare uno stato di coma e menomazioni motorie, cognitive e/o comportamentali che comportano una disabilità significativa.

8.5 Follow up Aziendale

Alla dimissione a domicilio o al trasferimento presso la struttura riabilitativa viene indicata la data dell'appuntamento ambulatoriale (mediamente a distanza di 30 - 40 gg dall'intervento)

9. Scostamenti ed eccezioni

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDPA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni. Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione del PDPA sono limiti strutturali (es. mancato acquisto e disponibilità di presidi.) o di temporanea carenza di personale dedicato. Limiti oggi non presenti. Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento del PDPA.

Per la sicurezza dei pazienti in attesa di intervento, nei casi di sovraffollamento del Pronto Soccorso, sarà cura del TBM, entro la scadenza delle 48 h, facilitare il ricovero, destinando i pazienti in posti letto in altri reparti dell'AO.

La disponibilità della sala operatoria è subordinata alla disponibilità di impiego dei mezzi di sintesi e di strumentari chirurgici idonei all'intervento chirurgico il cui approvvigionamento è subordinate alle dinamiche di reintegro della farmacia aziendale

Oggi il percorso verso l'intervento prevede di riservare 2 sedute operatorie tra quelle assegnate alle U.O. di Ortopedia e Traumatologia in grado di coprire l'afflusso infrasettimanale dal lunedì al venerdì. Per le condizioni di afflusso durante il fine settimana è stata individuata una seduta aggiuntiva identificata il Sabato mattina con 6 ore. L'afflusso di pazienti over 65 anni affetti frattura del collo femore presso il PS aziendale a tutt'oggi non è regolare ma vive di momenti di



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 48 di 82

stallo e di iperaflusso che a volte rendono impossibile la gestione regolare, saranno quindi previsti percorsi alternativi atti a garantire comunque l'intervento entro le 48 ore anche in emergenza.

10. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

INDICATORE	VALORE STANDARD	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Coordinatore Infermieristico
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	Coordinatore PDTA
Numero di eventi formativi	2	Coordinatore PDTA
% fratture femore operate su diagnosticate	90%	Responsabili UOC E UOSD
Tempo medio di permanenza in PS	< 48 ore	UOC Ortopedia UOSD Traumatologia
Intervento entro le 48 ore paziente over 65 anni senza comorbidità	90%	UOC Ortopedia UOSD Traumatologia
Valutazione anestesiológica propedeutica all'intervento subito dopo i primi accertamenti	90%	UOC Anestesia e Rianimazione
Degenza media in ortopedia per frattura femore < 8 gg	80%	UOC Ortopedia UOSD Traumatologia
% pazienti operati che vanno in terapia intensiva	<30%	UOC Anestesia e Rianimazione
% richieste di consulenza fisiatrica trasmesse entro le 24 ore dall'intervento	80%	UOC Ortopedia UOSD Traumatologia
Visita fisiatrica effettuata entro 24 ore dalla richiesta	80%	UOSD Riabilitazione Intensiva
% richieste di consulenza internistica trasmesse	80%	UOC Ortopedia UOSD Traumatologia
Visita internistica effettuata entro 24 ore dalla richiesta	80%	UOC Medicina Interna

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE
LAZIO**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 49 di 82

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il PDPA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDPA;

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDPA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 50 di 82

13. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

Bibliografia anestesilogica

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/medicina-di-terapia-intensiva/shock-e-rianimazione-mediante-fluidoterapia/shock>

McLaughlin MA, Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, McGinn T, Morrison RS, et al. Preoperative status and risk of complications in patients with hip fracture. J Gen Intern Med. 2006;21(3):219-25.

La gestione anestesilogica della frattura di femore nel paziente anziano
www.siaarti.it/standardclinici BUONE PRATICHE CLINICHE Behr 1, F. Facchin 2, M. Degoli 3, A. Corcione 4 09 ottobre 2018.

Bibliografia Ortopedica

Orthop Traumatol. 2019 Feb 13;20(1):11. doi: 10.1186/s10195-019-0518-2. 48 h for femur fracture treatment: are we choosing the wrong quality index?

Tarantino U. Dimensioni del problema: epidemiologia e costi sanitari delle fratture da fragilità. In: Convegno appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi. Roma 20/10/2010

Lu Q, Tang G, Zhao X, et al. Hemiarthroplasty versus internal fixation in super-aged patients with undisplaced femoral neck fractures: a 5-year follow-up of randomized controlled trial. Arch Orthop Trauma Surg 2017;137:27-35.

Johnson DJ, Greenberg SE, Sathiyakumar V, et al. Relationship between the CCI and cost of treating hip fractures: implication for bundled payment. J Orthopaed Traumatol 2015;16:209-13.)

SER (Sistema Epidemiologico Regionale). Fratture di femore prossimale dell'anziano nella regione Veneto. Ottobre 2012.

Ehlinger M, Moser T, Adam P, et al. Early prediction of femoral head avascular necrosis following neck fracture. Orthop Traumatol Surg Res 2011;97:79-88

Min BW, Lee KJ, Bae KC, et al. Result of internal fixation for stable femoral neck fractures in elderly patients. Hip Pelvis 2016;28:43-8

Haentjens P, Magaziner J, Colon-Emeric CS, Vanderschueren D, Milisen K, Velkeniers B, Boonen S (2010) Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. Ann Intern Med 152(6):380-390

Haentjens P, Magaziner J, Colon-Emeric CS, Vanderschueren D, Milisen K, Velkeniers B, Boonen S (2010) Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. Ann Intern Med 152(6):380-390

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 51 di 82

Bibliografia Cardiologia

Linee guida per la valutazione preoperatoria del rischio cardiaco e la gestione perioperatoria del paziente cardiopatico nella chirurgia non cardiaca - Task Force per la Valutazione Preoperatoria del Rischio Cardiaco e la Gestione Perioperatoria del Paziente Cardiopatico nella Chirurgia Non Cardiaca della Società Europea di Cardiologia (ESC) e approvate dalla Società Europea di Anestesiologia (ESA)
(G Ital Cardiol 2010; 11 (10 Suppl 2): e136-e181)

Bibliografia Riabilitazione

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP) Componenti del gruppo di lavoro: Giuseppe Sabatelli (coordinatore); Domenico Di Lallo; Anna Santa Guzzo; Maurizio Musolino; Antonio Silvestri; Maria Luisa Veneziano. Prima emissione: 20 aprile 2018

Linee guida di riferimento utilizzate durante il ricovero in riabilitazione post acuzie:

Linee guida ed evidenze scientifiche per il trattamento e la gestione del dolore: CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO: PROVVEDIMENTO 24 maggio 2001 Accordo tra il Ministro della Sanita', le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore". (GU Serie Generale n.149 del 29-06-2001)

Linee guida ed evidenze scientifiche in Medicina Fisica e Riabilitativa: Osteoporosi, Post intervento di protesi d'anca e di protesi di ginocchio: testo e link di riferimento in formato PDF con relativa bibliografia http://www.formazionesostenibile.it/2017/RomeRehabilitation/libro_per_sito.pdf

Fratture da fragilità e prevenzione delle cadute testo e link di riferimento in formato PDF con relativa bibliografia
http://www.formazionesostenibile.it/2018/RomeRehabilitation/linee_guida_volume2.pdf

Linee guida sulla prevenzione delle cadute:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE
LAZIO**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 52 di 82

14. ALLEGATI

14.1 Consenso informato DEA

14.2 Cartella anestesiológica e consenso informato Anestesiológico

14.3 Alterazioni da correggere prima dell'intervento

14.4 NHFS : rischio di mortalità perioperatoria

14.5 Mini Mental Test score

14.6 Anticoagulanti e antiaggreganti

14.7 Consenso informato per emotrasfusione

14.8 Consenso informato Medico Chirurgico ortopedico

14.9 Consenso informato specifico frattura femore

14.10 Check list per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico

14.11 Scala di MEWS in uso per l'accesso in Medicina

14.12 Schema Mista Fisiatra Ortopedico

14.13 Scheda fisioterapista

14.14 Barthel Index

14.15 Scheda di segnalazione per il Servizio Sociale

14.16 Modulo unico di richiesta di Trasferimento in Riabilitazione (Adulti)

14.17 Programmazione offerta post-acuzie per codice disciplina, per istituto- Regione Lazio



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE
LAZIO**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 53 di 82

Allegato 14.1 CONSENSO INFORMATO DEA

Allegato 4 delle DELIBERA AZIENDALE SAN CAMILLO FORLANINI N.600 DEL 23 APRILE 2019

<http://www.scamilloforlanini.rm.it/l-ospedale/qualita-e-sicurezza-delle-cure-risk-management/qualita/procedure-aziendali/procedure-aziendali-approvate/293-procedura-aziendale-gestione-del-consenso-informato/file>



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 54 di 82

14.2 Cartella Anestesiologica e consenso informato Anestesiologico

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

Mod. 412

Cartella Anestesiologica

Valutazione preoperatoria (.....)

Paziente: (☐ M ☐ F età peso altezza Gruppo Rh)

Diagnosi / Intervento previsto:

- ALLERGIE - INTOLLERANZE: Farmaci: ☐ no ☐ sì Allergeni ambientali: ☐ no ☐ sì Alimenti: ☐ no ☐ sì

- FUMO DI TABACCO: Farmaci: ☐ no ☐ sì: Altro sostanze psicotrope: ☐ no ☐ sì:

- PRECEDENTI ANESTESIOLOGICI: A. GENER.: ☐ no ☐ sì A. PERIF.: ☐ no ☐ sì A. LOCCOREG.: ☐ no ☐ sì A. LOCALE: ☐ no ☐ sì
Complicanze riferite: ☐ no ☐ sì:

- PATOLOGIE RIFERITE PREGRESSE o ATTUALI:

Precedenti ricoveri per cause mediche: ☐ no ☐ sì:

App. Resp.: ☐ no ☐ sì:

App. Cardiovasc.: ☐ no ☐ sì:

Sist. Nerv. Centr. e Perif.: ☐ no ☐ sì:

Altro: ☐ no ☐ sì:

- ANAMNESI FARMACOLOGICA ATTUALE:

- ALTERAZIONI RISCONTRABILI ALL'ESAME OBIETTIVO:

App. Resp.: ☐ no ☐ sì:

App. Cardiovasc.: ☐ no ☐ sì:

Sist. Nerv. Centr. e Perif.: ☐ no ☐ sì:

Altro: ☐ no ☐ sì:

Mobilità rachide cervica: ☐ completa (< 35° rispetto al piano orizzontale) ☐ limitata (< 35°) ☐ nulla Distanza mento-gioideale: ☐ > 6 cm ☐ < 6 cm

Retrognazia: ☐ assente ☐ moderata ☐ grave Apertura della bocca: distanza interincisiva: ☐ >= 5 cm ☐ < 5 cm

Dentatura: ☐ propria (alterazioni: ☐ no ☐ sì:) ☐ Protetica: ☐ sup. e/o ☐ inf.

Indice di Mallampati: ☐ Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ Classe 3 ☐ Classe 4

- ALTERAZIONI EMATOCHIMICHE e STRUMENTALI:

ES. LABORATORIO: ☐ no ☐ sì:

(Sieropositività per: HBV: ☐ non noto ☐ no ☐ SI HCV: ☐ non noto ☐ no ☐ SI HIV: ☐ non noto ☐ no ☐ SI)

E.C.G.: ☐ no ☐ sì:

RX TORACE: ☐ no ☐ sì:

ALTRO: ☐ no ☐ sì:

IL PAZIENTE, PROPOSTO PER INTERVENTO CHIRURGICO: ☐ di ELEZIONE ☐ di URGENZA ☐ di URGENZA INDIFFERIBILE
rientra attualmente nella classe "A.S.A.": ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV DI RISCHIO ANESTESIOLOGICO

- PRESCRIZIONI PREOPERATORIE: ☐ nessuna, "nulla osta" all'intervento. ☐

Sangue autologo: ☐ Disponibili n° un. / ☐ Non disponibili; Recupero intraoperatorio perdite ematiche: ☐ Predisposto / ☐ Non predisposto.

☐ Non sono stati richiesti emoderivati. ☐ Richieste / ☐ Disponibili: Emazie conc., n° un. / ☐ Plasma, n° un. / ☐ Piastre, n° un.

- PREMEDICAZIONE:

Doti. Firma:



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 55 di 82



Cartella Anestesiologica

Paziente: _____ età _____ peso _____ altezza _____ Gruppo _____ Rh _____

Data: _____ Intervento: _____ (durata ore: _____)

Operatore/i: _____ Anestesista/i: _____ Infermiere: _____

Promedicazione: _____ ore: _____ (note: _____)

Accessi ven./art. _____ catetere vescicale: ☐ sì ☐ no s.n.g.: ☐ sì ☐ no

Monitoraggi: ☐ E.C.G. ☐ P.A.: ☐ incruenta ☐ cruenta ☐ SaO₂ ☐ ETCO₂ ☐ temp. ☐ diuresi ☐ PVC ☐

Posizione intraoperatoria del paziente: ☐ supina ☐ semiseduta ☐ laterale / ☐ lombotomica: ☐ ds ☐ sv ☐ prona ☐

ANESTESIA GENERALE

Ipnoinduzione: ☐ ev (_____*) ☐ inalatoria (_____) ☐ altro (_____)

☐ N₂O / ☐ O₂ / ☐ aria (O₂ = _____%) Altri farmaci all'induzione: _____

☐ Intubazione: ☐ O.T. ☐ N.T.: ☐ agevole ☐ difficile / ☐ impossibile per: _____

Tubo: ☐ Monolumen Ø _____ (cuff. ☐ sì ☐ no spirato ☐ sì ☐ no mandr. ☐ sì ☐ no Bilume ☐ sn ☐ ds Ø _____ (mandr. ☐ sì ☐ no)

☐ Maschera laringea n° _____ ☐ Maschera facciale ☐ Altro: _____

Ventilazione: ☐ I.P.P.V. (circuito: ☐ aperto ☐ chiuso FR: _____ TV: _____ I/E: _____ / _____) ☐ PEEP: _____ cmH₂O)

☐ assistita: _____ ☐ manuale ☐ spontanea

Mantenimento: _____ + ☐ N₂O / ☐ O₂ / ☐ aria (O₂ = _____%) + _____

Risveglio: ☐ pronto ☐ ritardato ☐ tranquillo ☐ agitato Estubazione: ☐ regolare (MD: ☐ sì ☐ no) ☐ non effettuata ☐ re-intubazione

(bevindo: ☐ no ☐ sì nausea/vomit.: ☐ no ☐ sì dolore (VAS): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ non valutabile)

Note: _____

ANESTESIA SUBARACNOIDEA / ANESTESIA EPIDURALE ☐ "Single-Shot" ☐ "Continuous"

Posizione del paziente: ☐ seduta ☐ lat.: ☐ ds ☐ sn Accesso: ☐ mediano ☐ paramediano: ☐ ds ☐ sn interspazio vert.: _____

Ago: _____ Ø _____ G (Epidurale: mandrino ☐ liquido ☐ aereo, spazio epid. a. _____ cm dalla cute)

Cateteri: ☐ subaracnoideo / ☐ epidurale: ☐ no ☐ sì, introdotto per _____ cm nello spazio: ☐ subaracnoideo / ☐ epidurale.

Farmaci usati e dosi totali: _____

Livello superiore massimo blocco sensitivo: _____ Massima intensità blocco motorio (scala di Bromage) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Note: _____

BLOCCO LOCOREGIONALE: _____ con / senza ausilio di elettrostimolatore

Farmaci usati e dosi totali: _____

Note: _____

ANESTESIA LOCALE eseguita: ☐ dal chirurgo / ☐ dall'anestesta con: _____

SEDAZIONE: ☐ "superficiale" ☐ "profonda" con: _____

PARAMETRI VITALI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO IN REPARTO: ☐ di degenza ☐ di terapia intensiva (ore: _____)

P.A.: _____ F.C.: _____ Respiro: _____ SaO₂: _____% (FIO₂: _____)

Il paziente è: ☐ cosciente, collaborante ☐ soporoso, facilmente risvegliabile ☐ soporoso, risvegliabile solo con stimoli intensi ☐ incosciente

Bilancio idrico dalle: _____ alle: _____ = _____ dolore (VAS): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ non valutabile)

PRESCRIZIONI POSTOPERATORIE: _____

FIRMA _____

Redatto da _____ Data _____



PDTA

Cod. Doc.:
901/PDTA/19/08

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI

Rev. 00 del
05/08/19

Pag. 56 di 82

[illegible]

MediLife Business Service



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDTA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 57 di 82

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**Modulo di informazione e Consenso all'Anestesia e alla eventuale Trasfusione di Emoderivati**
(da leggere con attenzione)

Gentile Signore / Signora

L'intervento chirurgico che per Lei è stato programmato richiede un trattamento anestesilogico finalizzato a consentire le manovre chirurgiche in assenza di dolore.

Dalla valutazione del Suo stato generale di salute, in rapporto allo specifico intervento previsto, è emerso che la procedura anestesilogica più indicata per Lei è una:

☐ anestesia generale ☐ anestesia periferica ☐ anestesia locoregionale ☐ anestesia locale ☐ sedazione

La informiamo tuttavia che, per motivi di ordine clinico, nel corso dell'intervento potrebbe essere necessario modificare la tecnica di anestesia concordata.

Prima dell'intervento chirurgico Le potranno essere somministrati farmaci (preanestesia) per ridurre il livello di ansia e facilitare l'induzione anestetica.

Durante l'anestesia i Suoi parametri vitali (attività cardiaca, attività respiratoria, ecc.) saranno tenuti sotto controllo clinico, utilizzando anche apposite apparecchiature elettroniche.

Tale controllo, adeguato alle Sue condizioni e all'intervento chirurgico in atto, verrà proseguito nell'immediato periodo postoperatorio fino alla stabilizzazione dei parametri vitali.

L'anestesia moderna è sicura, tuttavia — come accade per tutte le discipline mediche — non è esente da complicanze anche gravi pur se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

La informiamo inoltre che le Sue attuali condizioni patologiche:

potrebbero esporLa a complicanze aggiuntive:

Tenendo conto del tipo di intervento chirurgico che per Lei è stato programmato e delle Sue attuali condizioni generali, durante l'anestesia: ☐ è prevedibile ☐ non dovrebbe risultare necessaria la trasfusione di sangue omologo e/o di altri emoderivati.

In ogni caso, dal punto di vista medico, la decisione di procedere a trasfusione intraoperatoria di sangue omologo e/o di altri emoderivati spetta in ultima analisi all'anestesista, che terrà naturalmente conto dei rischi connessi alla trasfusione stessa, effettuandola solo in caso di effettiva necessità clinica.

Dichiaro che il medico Dr. mi ha fornito esaurienti informazioni sul trattamento anestesilogico che mi è stato proposto, sulle possibili tecniche alternative e sui sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali che saranno utilizzati durante l'intervento.

Dichiaro di aver ottenuto risposte soddisfacenti a tutte le domande da me poste e di aver compreso le informazioni contenute nel presente modulo.

Accetto pertanto ☐ di sottopormi ☐ di consentire che la persona posta sotto mia tutela venga sottoposta alle procedure necessarie.

Dichiaro inoltre ☐ di avere dato il consenso ☐ di non avere dato il consenso all'eventuale trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni.

Data

Firma del medico anestesista

Firma del paziente o della persona che ne ha la tutela



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 58 di 82

Allegato n 14.3 Alterazioni da correggere prima dell'intervento

ALTERAZIONE	MAGGIORE	MINORE
Pressione arteriosa (mmHg)	PAS $\leq$ 90	PAS $>$ 180; PAD $>$ 110
Ritmo e frequenza (bpm)	Fibrillazione Atriale o Tachicardia Sopraventricolare $\geq$ 120; Tachicardia Ventricolare; Blocco A-V III° grado o Bradicardia $\leq$ 45	Fibrillazione Atriale o Tachicardia Sopraventricolare 101-120; Tachicardia Sinusale $>$ 120 o Bradicardia 46-50
Infezioni/polmoniti	Temperatura $<$ 35 °C; Temperatura $\geq$ 38,5 °C con segni clinici o radiologici di polmonite	Temperatura $\geq$ 38,5 °C o sospetto clinico o radiologico di polmonite
Dolore toracico	Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottostivelato	Dolore toracico con ECG normale
Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o segni di scompenso cardiaco all'Rx torace, con dispnea e/o esame obiettivo anormale	Dispnea o rumori polmonari con Rx torace negativo o segni radiologici di insufficienza cardiaca congestizia, senza dispnea
Insufficienza respiratoria	SpO ₂ $<$ 90%; pO ₂ $<$ 60 mmHg o pCO ₂ $\geq$ 55 mmHg	pCO ₂ 46-55 mmHg
International Normalised ratio (INR)	$>$ 1,5	1,4 - 1,6
Elettroliti (mEq/L)	Na ⁺ $\leq$ 125 o $>$ 155 K ⁺ $<$ 2,5 o $\geq$ 6,1 o HCO ₃ ⁻ $<$ 18 o $>$ 36	Na ⁺ 126-128 o 151-155 K ⁺ $<$ 2,5 - 2,9 o 5,6 - 6,0 o HCO ₃ ⁻ 18-19 o 35-36
Glicemia (mg/dL)	$>$ 600	451 - 600
Azotemia/ Creatinina (mg/dL)	Azotemia $>$ 50 o Creatinina $\geq$ 2,6	Azotemia 41 - 50 o Creatinina 2,1 - 2,5
Anemia (g/dL)	Hb $\leq$ 7,5	Hb 7,6 - 8



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 59 di 82

Allegato n 14.4 Nottingham Hip Fracture Score

VARIABILE	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO	Mortalità postoperatoria a 30 gg
Età 65-85 anni	3	0	0,4%
Età ≥ 86 anni	4	1	0,6%
Sesso maschile	1	2	1%
Hb ≤ 10 g/dl all'ingresso	1	3	1,7%
Mini Mental Test Score (MMTS) ≤ 6 all'ingresso	1	4	2,8%
Paziente istituzionalizzato	1	5	4,6%
Numero di comorbidità ≥ 2	1	6	7,4%
Tumore maligno negli ultimi 20 anni	1	7	11,8%
		8	18,2%
		9	27%
		10	38%



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 60 di 82

Allegato n 14.5 Mini mental test score

ESAME PER LA SINTESI AZIONE COGNITIVA		
Che giorno è oggi?		1
Che giorno è della settimana?		1
Come si chiama questo posto?		1
Qual è il suo indirizzo?		1
Quanti anni ha?		1
Quando è nato?		1
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)		1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)		1
Qual è il cognome di ragazza di sua madre?		1
Sottraga da 20 tre e poi ancora fino in fondo		1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA		SOMMA



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 61 di 82

Allegato n. 14.6 Anticoagulanti e antiaggreganti

Farmaco	Considerazioni per l'operabilità	Considerazioni per l'anestesia neuroassiale	Test di laboratorio
Warfarin	operabile con INR <2. Se INR >1,5, consigliabile somministrazione di 1-3 mg di vitamina K ev PCC indicato nel caso non si riesca ad ottenere INR <1,5 dopo reverse con vitamina K	INR ≤ 1,5	INR
Xabani* dose profilattica Rivaroxaban (Xarelto) Apixaban (Eliquis) Edoxaban (Lixiana)	dopo 12-48h dall'ultima dose	dopo 24-72h, → attendere 40-75h, se dosaggi maggiori, creatinina > 1,5 mg/dl, età > 80 anni, peso < 60 Kg	attività anti-Xa farmaco specifica
Dabigatran* (Pradaxa) a dose profilattica	dopo 24-48h dall'ultima dose considerare idarucizumab (Praxbind) 5 g ev come reverse rapido	incompatibile con chirurgia < 48h o solo dopo Praxbind; se CrCl ≥ 80 ml/min attendere 72h se 50 < CrCl < 79 → 96h se 30 < CrCl < 49 → 120h se CrCl < 30 sconsigliato	TT, dTT (aPTT) Hemoclot thrombin inhibitor assay
UFHs ev	sospendere infusione 2-4h prima dell'intervento	dopo 4h	aPTT
LMWH dose profilattica	ultima dose pre-operatoria 12h prima	dopo 12h	
LMWH dose terapeutica	ultima dose preoperatoria 24h prima (monitorare il sanguinamento)	dopo 24h	
Clopidogrel Ticlopidina Prasugrel Ticagrelor	non ritardare l'intervento monitorare il sanguinamento	incompatibile con chirurgia < 48h considerare AG + blocco periferico (sempre in caso di DAPT)	aggregometria POC
Aspirina	non controindicato	non controindicata	

PCC complesso protrombinico concentrato; CrCl clearance della creatinina; TT tempo di trombina; dTT tempo di trombina diluito; aPTT tempo di tromboplastina parziale attivata; UFHs eparina non frazionata; LMWH eparina a basso peso molecolare; AG anestesia generale; DAPT doppia terapia antiaggregante; POC, *point of care*.
*L'esperienza sui blocchi neuroassiali in pazienti in terapia con i nuovi anticoagulanti è ancora molto limitata. Le raccomandazioni sono basate sull'opinione di esperti e sulle proprietà farmacocinetiche del farmaco. INR International Normalised Ratio.

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 62 di 82
---	--	--

Allegato n. 14.7 Consenso informato per emotrasfusione**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**

io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ sono
stato informato dal Dott. _____ che per le mie condizioni cliniche
potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue omologo / emocomponenti (*),
che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione
di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato
spiegato dal Dott. _____ sia in ordine alle mie condizioni cliniche,
sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi
sottoponessi alla trasfusione. Quindi acconsento / non acconsento (*) ad essere
sottoposto presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il
decorso della mia malattia.

Roma, il _____

firma (**)

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI

io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ sono
stato informato dal Dott. _____ che per le mie condizioni cliniche devo
essere sottoposto a trattamento terapeutico con emoderivati, che tale pratica terapeutica
non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus
dell'immunodeficienza, dell'epatite ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal
Dott. _____ in ordine alle mie condizioni cliniche, ai rischi
connessi alla terapia e a quelli che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento.
Quindi acconsento / non acconsento (*) ad essere sottoposto presso al trattamento
terapeutico con emoderivati necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Roma, il _____

firma (**)

*) cancellare quando non interessa

**) firma di entrambi i genitori o del tutore se minorenni: se genitori in disaccordo, firma del giudice
istatista.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 63 di 82

Allegato n. 14.8 Consenso informato Medico chirurgico Ortopedico

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ do il consenso ad eseguire sulla mia persona o su persona da me rappresentata le procedure diagnostiche, terapeutiche e/o interventistiche proposte dai Sanitari del Reparto Ortopedia e Traumatologia

Descrizione delle procedure diagnostiche, terapeutiche e/o interventistiche:

Dichiaro di aver ben compreso la natura, lo scopo, i rischi e le possibili conseguenze ad esse connesse e le eventuali alternative a dette procedure.

Quanto sopra descritto mi è stato ben illustrato dal Dottor _____

Ed avendo avuto il tempo per effettuare le opportune valutazioni, dichiaro di accettare ogni eventuale rischio e relative conseguenze.

Roma, li _____

Firma leggibile del Paziente _____

Firma leggibile dei Genitori (se minore) _____

Firma leggibile del Tutore Legale _____

Firma leggibile del Medico _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 64 di 82

Allegato n. 14.9 Consenso informato specifico fratture collo femoreREGIONE
LAZIO

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO-FORLANINI ROMA

U.O.S.D TRAUMATOLOGIA IN URGENZA

DIRETTORE : PROF. MARCO SPOLITI



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

DEL SIG.

Possibili COMPLICANZE SPECIFICHE per l'intervento: FRATTURE DEL COLLO FEMORE**Sintesi con mezzo metallico**

- MOBILIZZAZIONE DELLA SINTESI
- ROTTURA DEI MEZZI DI SINTESI
- NECROSI ISCHEMICA DELL'OSSO (TESTA FEMORALE)
- DEVIAZIONE DELL'ASSE IN VARO O VALGO
- DISMETRIA DELL'ARTO CON ACCORCIAMENTO O ALLUNGAMENTO
- PERSISTENZA DI SINTOMATOL. DOLOROSA ALL'INGUINE E REGIONE GLUTEA O LOMBARE
- ZOPPIA
- INFEZIONI
- RIGIDITA' ARTICOLARE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
- LESIONI VASCOLARI E/O NERVOSE
- TROMBOSI E/O EMBOLIE
- IPOTONO-TROFIA MUSCOLARE DELL'ARTO OPERATO
- POSSIBILITA' DI DOVER PROCEDERE A PROTESIZZAZIONE

ed inoltre per sostituzione con protesi

- ROTTURA DI UNA COMPONENTE PROTESICA
- LUSSAZIONE DELLA PROTESI
- MOBILIZZAZIONE DELLA PROTESI
- INFEZIONE DELLA PROTESI
- DEISCENZA FERITA CHIRURGICA CON RITARDO DI GUARIGIONE O FORMAZ. DI CHELOIDE

Firma del Paziente

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE
LAZIO**

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 65 di 82

Allegato 14.10 Check list per la sicurezza del paziente nel percorso chirurgico



**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**



**REGIONE
LAZIO**

**CHECKLIST
PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
NEL PERCORSO CHIRURGICO**

**LA CHECKLIST, CORRETTAMENTE COMPILATA E FIRMATA,
DEVE ESSERE INSERITA NELLA CARTELLA CLINICA
COME PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 66 di 82

	CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO	
--	--	--

Atti pre-operatori (reparto) U.O. _____ Data.../.../..... h.....

Identificazione del paziente		Data intervento		RAD	
Nome	_____	Letto	N°	_____	
Cognome	_____	Dispositivi impiantati	SI ☐ NO ☐		
Sesso	☐ M ☐ F	Portatore di Protesi	SI ☐ NO ☐		
Data Nascita	_____	Antiaggreganti	SI ☐ NO ☐		
Lingua	_____	Tipo di intervento			
Diagnosi		_____			
_____		_____			
_____		_____			

Consenso informato☐ Intervento ☐ Anestesia ☐ Anestesia Locale☐ Urgenza ☐ Consenso a dare informazioni a : _____**Controlli per la sicurezza**

☐ Documentazione Sanitaria	☐ Prescrizione antibiotico profilassi
☐ Contrassegno Sito chirurgico	N.A. ☐ Prescrizione profilassi ATE N.A. ☐
☐ Gruppo sanguigno	N.A. ☐ Somministrazione antibiotico SI ☐ NO ☐ N.A. ☐

Somministrazione ATE SI ☐ NO ☐ N.A. ☐

Richiesta unità	Sangue	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐	Disponibilità	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
	Emoderivati	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐		SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
	Predeposito	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐		SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
	Type & screen	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐		SI ☐ NO ☐ N.A. ☐

**Preparazione
paziente**

☐ Digiuno	☐ Cure igieniche	☐ Pressoterapia	☐ Calze Antitrombo
☐ Rimozione protesi dentarie, anelli, smalto, piercing.....			
☐ Premedicazioni	N.A. ☐		
☐ Tricotomia	N.A. ☐		
☐ Consegne anestesiologiche			

Consegnate a _____

Richiesta posto letto T.I. SI ☐ NO ☐ N.A. ☐Disponibilità posto letto T.I. SI ☐ NO ☐

Allergie	Farmaci	☐ SI ☐ NO	Nichel	☐ SI ☐ NO
	Lattice	☐ SI ☐ NO	Altro	☐ SI ☐ NO
	Anestetici	☐ SI ☐ NO	Note:	_____

Firma Infermiere _____

Pagina 2 di 7



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:
901/PDPTA/19/08PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 67 di 82

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI		CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO		REGIONE LAZIO	
Sign In ore _____ prima dell'intervento		Time Out ore _____ prima dell'incisione della cute		Sign Out ore _____ prima che il paziente lasci la Sala Operatoria	
1) Il paziente ha confermato: - identità ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - sede di intervento ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - procedura ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - consensi ☐ SI ☐ NON APPLICABILE (anestesistico, chirurgico, emocomponenti)		2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento		1) Nome procedura eseguita ☐ SI ☐ NO 2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, garze e tagliandi ☐ SI ☐ NO	
2) Il sito di intervento è stato marcato ☐ SI ☐ NON APPLICABILE		3) Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?		3) Corretta etichettatura del campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) ☐ SI ☐ NO	
3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati (ventilatore, flusso O2, Gas, aspiratore) ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE		4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?		4) Eventuali problemi relativi all'utilizzo di Dispositivi Medici ☐ SI ☐ NO	
4) Controllo e posizionamento del pulsossimetro ☐ SI ☐ NO		5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?		5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria ☐ SI ☐ NON APPLICABILE	
5) Allergie ☐ SI ☐ NO		6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE		6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio ☐ SI ☐ NO	
6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione ☐ SI ☐ NO		7) Antibiotico somministrato: 8) Dose: _____		7) Dose addizionale antibiotico profilassi ☐ SI ☐ NO	
7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (bambino: 7 ml/kg) Richiesti Ematie e/o plasma ☐ SI ☐ NO Accesso endovenoso adeguato ☐ SI ☐ NO		9) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? ☐ SI ☐ NON APPLICABILE		8) Normotermia ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE	
8) Normotermia ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE		10) Normotermia ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE		9) Dose addizionale antibiotico profilassi ☐ SI ☐ NO	
9) Oncofarmaci Glicemici ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE		Time Out: Chirurgo - Anestesista - Infermiere		10) Normotermia ☐ SI ☐ NO ☐ NON APPLICABILE	
Sign In: Anestesista - Infermiere		Time Out: Chirurgo - Anestesista - Infermiere		DATI DEL PAZIENTE	
DATA: _____ / _____ / _____ PROCEDURA ESEGUITA: _____ Nome e firma coordinatore checklist _____ Cambio Coord. checklist con passaggio di consegne ore: _____ Nome e firma 2° Coord. checklist _____		URGENZA ☐ ELEZIONE ☐ Nome e firma Chirurgo _____ Nome e firma Anestesista _____ Nome e firma Infermiere _____		Cognome e nome _____ Data di nascita _____ N° scheda RAD/SDO _____ DEA - codice GUPSE _____	

PAGINA 3 di 7

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 68 di 82

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO	 REGIONE LAZIO
---	---	---

Tracciabilità

Conteggio garze	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale
	Inizio	+	+	+	+	Intermedio	+	+	+	+	
Laparotomie											
Garze 10x10											
Garze 5x5											
Tamponcini											
Lungnette											
Firma Strumentista											
Firma Infermiere											
Firma Chirurgo											

Nota: la verifica intermedia viene effettuata nelle situazioni indicate nella raccomandazione ministeriale relativa alla ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e tenendo conto della tipologia di intervento in corso.

Conteggio strumentario

Conteggio strumentario	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale
	Inizio	+	+	+	+	Intermedio	+	+	+	+	
Set											
Set											
Set											
Set											
Aghi											
Taglienti											
Firma Strumentista											
Firma Infermiere											
Firma Chirurgo											

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19 Pag. 69 di 82
--	--	--

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO	 REGIONE LAZIO
--	--	--

Tracciabilità (etichette)

Etichette: Dispositivi medici, Impianti, Tracciabilità Sterilizzazione ecc

Firma Infermiere

Pagina 5 di 7



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 70 di 82

	CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO	
--	--	--

Sala Risveglio				Data.../.../... h.....	
Drenaggi	N°	Sede			
	N°	Sede			
	N°	Sede			
Corretto funzionamento	SI ☐	NO ☐	Note		
Parametri vitali	SI ☐	NO ☐	Note		
Inserimento nella cartella clinica di:					
Cartella anestesiológica con consegna post-operatoria ☐					
Referto operatorio ☐					
Documenti tracciabilità	Atto operatorio ☐	scheda anestesia ☐	Altro ☐ _____		
Terapia antalgica ☐					
Terapia post-operatoria ☐					
Emotrasfusione ☐					
Check list paziente ☐					
Il paziente si presenta:		Sveglio ☐	Soporoso ☐	Sedato ☐	Agitato ☐
Dimissione sala operatoria				Chirurgo ☐	Anestesista ☐
Firma Infermiere	Firma Chirurgo	Firma Anestesista	Firma Coord. checklist		

Rientro in reparto		Data.../.../... h.....		
Il paziente si presenta:	Sveglio ☐	Soporoso ☐	Sedato ☐	Agitato ☐
Controllo parametri vitali	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Dolore	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Terapia antalgica	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Vomito	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Sangue disponibile	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Ossigenoterapia	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Controllo medicazione	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Controllo drenaggi	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Presenza CVC	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Presenza Arteria incannulata	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Presenza SNG	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Presenza CV	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Esami di controllo	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Terapia infusione	SI ☐	NO ☐	N.A. ☐	
Documenti tracciabilità	Atto operatorio ☐ scheda anestesia ☐ Altro ☐			
Firma Infermiere				

Pagina 6 di 7

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 71 di 82

 AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO	 REGIONE LAZIO
---	---	---

Legenda:

C	Chirurgo
A	Anestesista
I	Infermiere
S	Strumentista
TEAM	Equipe Operatoria
N.A.	Non Applicabile
TYPE & SCREEN	Tipizzazione e screening anticorpale
ATE	Terapia antitromboembolica



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 72 di 82

Allegato n.14.11 Scala di MEWS in uso presso l'UOC Medicina interna per l'accesso in Medicina

La Scala MEWS

	3	2	1	0	1	2	3	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (PAS)	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg		≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)		<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m	
Frequenza respiratoria (FR)		<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min	
Temperatura (TC)		<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C		
AVPU				Alert - paziente sveglio	Verbal - Risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
								Totale

Il **punteggio** che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14.

Gli studi mostrano che un **punteggio uguale o superiore a 5** identifica un **paziente critico ed instabile**, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il **MEWS** è comunque uno strumento importante per **evidenziare tempestivamente un peggioramento** delle condizioni cliniche.

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 73 di 82

Allegato n. 14.12 Scheda Mista Fisiatra Ortopedico

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO FORLANINI UNITA' OPERATIVA INTERDIVISIONALE DI ORTOPEDIA E DI TRAUMATOLOGIA		
SCHEDA DI PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE FISIATRICO ORTOPEDICO		
NOMINATIVO		
DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE		
DATA RICOVERO IN ORTOPEDIA		
TIPO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO		
DATA		
MALATTIE CONCOMITANTI		
STABILITA' IMPIANTO		
POSIZIONE SEDUTA		
CARICO SFIORANTE		
CARICO COMPLETO		
PIANO DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO		
TRASFERIMENTO E MODALITA' DI TRATTAMENTO ULTERIORE IN AREA RIABILITATIVA		
NOTE ED OSSERVAZIONI		

DOTT



PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 74 di 82

Allegato N. 14.13 Scheda Fisioterapista per pazienti Area Acuti

MOD. INT. FLAB. AC. 01.


AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO - FORLANINI
 AZIENDA CON OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
 Circonvallazione Giustiniana, 87 - 00157 ROMA
 SETTORI SANITARI REGIONALI

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
 PER IL GOVERNO CLINICO IN RIABILITAZIONE


REGIONE LAZIO

Scheda Riabilitativa per pazienti Area Acuti[illegible]

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 75 di 82

Rivalutazione fisiatrica in data

Reperto di degenza **Medico Fisiatra**

Quesito

.....

Risposta

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il Medico Fisiatra **Data**

Rivalutazione fisiatrica in data

Reperto di degenza **Medico Fisiatra**

Quesito

.....

Risposta

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il Medico Fisiatra **Data**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 76 di 82

Scheda del fisioterapista per pazienti Area Acuti

Fisioterapista Cognome Nome Fisioterapia dal

Valutazione funzionale

.....

.....

.....

Altri trattamenti riabilitativi in atto o progressi

Scale di valutazione già allegate in cartella clinica

.....

Scale di valutazione somministrate dal Fisioterapista

.....

Obiettivi:

.....

.....

Programma di trattamento:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data Firma Ft.



PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 77 di 82

[illegible]



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDTA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 78 di 82

Allegato n.14.14 Barthel Index**SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA
(Barthel Index)**(Mahoney FI, Barthel DW: *Mar.St.Med.J.* 1965;14:61-65)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente B) con aiuto C) indipendente

PUNTEGGIO TOTALE _____/100

**SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA
(Barthel Index)**

L'Indice di Barthel Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione. Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi d'incontinenza, anche saltuari. Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza. Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA

Cod. Doc.:

901/PDTA/19/08

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNIRev. 00 del
05/08/19

Pag. 79 di 82

Allegato n.14.15 Scheda di segnalazione per il Servizio Sociale

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Scheda di Segnalazione Paziente Adulto/Anziano
Servizio sociale tel/fax 0658704517

U.O. di Ricovero _____ tel. _____

Cognome Nome _____ RAD _____ N. Letto _____

Data di nascita / / _____ ASL/Distretto _____ Municipio _____

Familiare Referente / Care Giver

Nome Cognome	Grado di parentela	telefono	telefono

Cittadino italiano vive solo ☐ vive con _____ SFD (senza fissa dimora) ☐ rete familiare assente ☐ presente ☐ disturbi psichiatrici ☐ stato cognitivo adeguato ☐ non adeguato ☐ dipendenza da sostanze da abuso ☐ malattia oncologica: si ☐ no ☐	Cittadino comunitario residente in Italia ☐ SSN ☐ ENI ☐ SFD ☐ vive solo ☐ ☐ vive con _____ rete familiare assente ☐ presente ☐ documento: si ☐ no ☐ disturbi psichiatrici ☐ stato cognitivo adeguato ☐ non adeguato ☐ dipendenza da sostanze da abuso ☐ malattia oncologica: si ☐ no ☐	Cittadino extracomunitario residente in Italia ☐ SSN ☐ STP ☐ SFD ☐ vive solo ☐ ☐ vive con _____ rete familiare assente ☐ presente ☐ documento: si ☐ no ☐ disturbi psichiatrici ☐ stato cognitivo adeguato ☐ non adeguato ☐ dipendenza da sostanze da abuso ☐ malattia oncologica: si ☐ no ☐
--	---	--

Motivo della richiesta e data presunta di dimissione

☐ _____
☐ _____

situazione clinica

gradi di autonomia: totale ☐ parziale ☐ non autosufficiente ☐decubito si ☐ no ☐ medicazioni si ☐ no ☐ stomie si ☐ no ☐ specificare ☐alimentazione autonoma si ☐ no ☐ specificare _____autonomia respiratoria si ☐ no ☐ specificare _____

MEDICO/INFERMIERE VALUTATORE (firma leggibile)

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINIREGIONE
LAZIO

PDTA Cod. Doc.: 901/PDPA/19/08	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI	Rev. 00 del 05/08/19
		Pag. 81 di 82

CONDIZIONI CLINICHE		
Condizioni generali	☐ BUONE	☐ DISCRETE ☐ SCADENTI
Paziente stabile dal punto di vista internistico	☐ SI	☐ NO
Paziente post comatoso	☐ SI	☐ NO SE SI, GCS (punteggio) e durata coma >24 ore
Collaborazione	☐ TOTALE	☐ PARZIALE ☐ ALTERNANTE ☐ ASSENTE
Comprensione	☐ TOTALE	☐ PARZIALE ☐ ALTERNANTE ☐ ASSENTE
Motilità volontaria	☐ TOTALE	☐ PARZIALE ☐ ASSENTE
Deambulazione	☐ AUTONOMO	☐ AUTONOMO CON AUSILIO ☐ NON AUTONOMO ☐ IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	☐ TOTALE	☐ PARZIALE ☐ ASSENTE
Stazione eretta	☐ SI	☐ SI, CON AUSILI ☐ NO
Stazione seduta	☐ SI	☐ NO
Motilità articolazioni	☐ TOTALE	☐ PARZIALE ☐ ASSENTE
Capacità di alimentarsi	☐ AUTONOMO	DISFAGIA ☐ SI ☐ NO
	☐ NON AUTONOMO	☐ IMBOCCATO ☐ SNG ☐ PEG ☐ PARENTERALE
Igiene personale	☐ AUTONOMO	☐ CON AIUTO ☐ DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	☐ SI ☐ PARZIALE	☐ NO
Controllo minzione	☐ SI ☐ PARZIALE	☐ NO
Catetere vescicale a permanenza	☐ SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....)	☐ NO
Presenza cannula tracheale	☐ SI (specificare tipo e data di inserimento.....)	☐ NO
Ventilazione meccanica	☐ SI (specificare tipo e modalità.....)	☐ NO
Ossigenoterapia	☐ SI (specificare modalità.....)	☐ NO
Portatore di CVC	☐ SI (specificare il tipo e la sede.....)	☐ NO
Portatore di CV Periferico	☐ SI (sede e data di inserimento.....)	☐ NO
Presenza di stomie	☐ SI (specificare tipo e sede.....)	☐ NO
Fissatore esterno	☐ SI (specificare tipo e sede.....)	☐ NO
Apparecchio gessato	☐ SI (specificare tipo e sede.....)	☐ NO
Infezioni in atto/microrganismi alert*	☐ SI ☐ NO	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA		
Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione?	☐ SI	☐ NO
Il paziente presenta agitazione psicomotoria?	☐ SI	☐ NO
Il paziente esegue ordini semplici?	☐ SI	☐ NO
INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE		
Il paziente è	☐ paraplegico	☐ tetraplegico
Livello di lesione documentato all'RX		

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO	
La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO.....	☐ ACCETTATA ☐ NON ACCETTATA
La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO.....	☐ ACCETTATA ☐ NON ACCETTATA
Data trasferimento _____	
Timbro e firma del medico del reparto	Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione
_____	_____

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
È vietata la riproduzione e la diffusione, anche parziale, senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PDTA

Cod. Doc.:
 901/PDPA/19/08

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
 ASSISTENZIALE FRATTURA DI FEMORE IN
 PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI**

Rev. 00 del
 05/08/19

Pag. 82 di 82

Allegato n.14.17 Programmazione offerta post-acuzie per codice disciplina, per istituto

Tabella 2- Programmazione offerta post-acuzie per codice disciplina, per istituto

Area territoriale di ASL	Codice	Denominazione	Codice disciplina							
			56			26			75	80*
			ORD	DN	TOT	ORD	DN	TOT	ORD	ORD
RM1	120079	VILLA DOMINIA								31
	120087	POLICLINICO ITALIA	72	6	80					
	120082	S. GIOVANNI / ADDOLORATA	20	3	23					
	120086	POLICLINICO UMBERTO I	34	2	36					
	120088	VILLA SETTIMA	38	3	41					39
	120146	S. RETA DA CASORIA	30	0	30					
	120163	SAN PELLEGRINO	20	0	20					
	120179	OSPEDALE ANGELLE DEL BUON PASTORE	41	4	45					47
	120180	ALFREDI HOSPITAL	40	5	45					
	120185	VILLA VERDE								60
	120126	DON CARLO GEMELLI	30	0	30					
	120286	OSPEDALE S. PIETRO NERI	27	3	30					
	120080	SALLI RIFORMATORI	30	3	33					39
	120083	POLICLINICO A. GEMELLI E C.O.	40	0	40				30	
	120184	VILLA FULVIA SRL	130	15	150					
RM2	120139	CLINICA LATINA								30
	120089	POLICLINICO TOR VERGATA								29
	120084	OSP. S. EUGENIO - OSP. C.T.O. A. ALESSI	20	5	25	30	0	30		
	120090	R. CLINICA LATINA IST. DI NEUROSCIENZE	10	0	10					
	120136	MATER MISERICORDIAE	30	0	30					
	120089	FONDAZIONE S. LUCA	130	24	150	42	0	42	110	
	120015	CAMPUS BIO MEDICO	30	1	31					
RM3	120088	CPO-CENTRO PARAPLEGICI OETIA	14	1	15	14	1	15		
	120180	POLICLINICO LUIGI DI LIGGIO	43	6	50					30
	120113	VILLA PIA								29
	120130	VILLA SANORA	130	28	158					
	120128	OSPEDALE S. G. BATTISTA-ACISMOMI	199	21	220				20	
	120168	S. RAFFAELE PORTUENSE	87	3	90					41
	120181	MERRY HOUSE								42
	120082	VILLA MARIA IMMACOLATA								
	120091	S. CAMELLO - FORLANINI	32	2	34					
	120010	SAN RAFFAELE PISANA	241	27	268					
RM4	120187	SANTO VOLTO S. MARINELLA								22
RM5	120089	SS. GOTTALONE-MONTECATONE								10
	120084	ANGELICO-BUSATO								10
	120088	IN.I. SRL DIVISIONE MEDICUS HOTEL	50	5	54					
	120126	NONENTANA HOSPITAL	110	0	110					59
RM6	120189	IN.I. SRL DIVISIONE VILLA DANTE	31	3	34					
	120173	VILLA LUPA	20	0	20					
	120036	OSPEDALE VILLA ALBANI ANZO	35	4	39					
	120048	S. GIUSEPPE DI MARINO	20	3	23					
	120082	VILLA DELLE GUERRE - POLICLINICO DI NEMI	143	5	148					55
	120132	S. RAFFAELE - ROCCA DI PAPA								56
	120134	VILLA DEI PRINCEPES-VERDI DI ANZO	20	3	23					56
VT	120176	IN.I. SRL DI GROTTOFERRATA	60	7	67					
	120080	SAN RAFFAELE MONTECOMPARI	80	9	89					
	120015	VILLA IMMACOLATA	100	0	100					31
VR	120271	OSPEDALE BELCOLLE	10	0	10					
FR	120015	POLO UNIFICATO RETI-AMATRICE	15	2	17					18
LT	120080	P.O. LATINA NORD - SM. SORRENTI-LATINA								
	120112	ICCI	100	12	112					
	120114	IST. PIOTTER, C. FRANCESCO-SABAZIO	77	1	78					
FR	120279	VILLA SILVANA DI APRILIA	20	3	23					
	120116	P.O. PROGNOME ALATI								15
	120082	SS. TRINIDADIANA								21
	120028	S. GIOVANNI CASSINO							20	21
	120277	EX-CENTER HOSPITAL-S. RAFFAELE-CASSINO	120	14	140					69
	120279	IN.I. DIV. DISTACCATA CITTA' BIANCA	57	6	63					
			3.680	340	3980	80	1	81	170	802

* rispetto a questi previsti, nel senso da collocare, in aggiunta, altri 30