

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 marzo 2023, n. 266

Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente del Servizio “Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR” e dal Dirigente della Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta”, riferisce quanto segue:

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.;
- il D. Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22 del 22/01/2021, recante “Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n.2238 del 23/12/2003, recante “Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare, ai sensi del D.M. 18/05/2001, n. 279”;
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 658 del 24/04/2018, avente ad oggetto “Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – PDTA”;
- i Regolamenti regionali n. 23/2019 ad oggetto “*Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017*” e n. 14/2020 ad oggetto “*Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019*”;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”
- la deliberazione di Giunta regionale 03 Luglio 2019 n. 1195 “Approvazione provvedimento unico - Proposta di Regolamento regionale: “*Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017*”. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n.53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero.
- la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15 febbraio 2022 ad oggetto: “*Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6*” e la D.G.R.

n. 688 dell'11/5/2022 ad oggetto "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";

- la deliberazione di Giunta regionale 15 settembre 2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la deliberazione di Giunta regionale del 7 marzo 2022 n.302 recante Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e di monitoraggio;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 212 del 21 febbraio 2022 "Preso d'atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 184/2021 recane "Potenziamento della Rete trauma in Puglia. Costituzione del Comitato Strategico della Rete trauma ai sensi della DGR n 1195/2019."

Premesso che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" recepito con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), di cui ai Regolamenti Regionali n. 23/2019 e n. 14/2020, avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera,
- lo stesso D.M. n. 70/2015 prevede altresì che per la definizione delle reti cliniche le Regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie;
- la Legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017 "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)" prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche, secondo il modello cosiddetto "hub&spoke", attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;
- il PDTA rappresenta lo strumento elettivo per la programmazione dei servizi, per il governo della sostenibilità di sistema, per il miglioramento della qualità delle cure e per l'equità di accesso;
- il PDTA è uno degli strumenti essenziali del governo clinico necessario per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso precisi indicatori che misurino l'aderenza alle linee guida e, come tale, il PDTA è finalizzato sia al controllo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera, sia al loro miglioramento.

Tenuto conto che:

- a far data dal 01 gennaio 2023, le Regioni saranno monitorate attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia al fine di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza nei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- il Nuovo Sistema di Garanzia è composto da 88 indicatori totali selezionati e raggruppati per aree di assistenza di cui un sottoinsieme di 22 indicatori viene definito "Core";
- tra gli indicatori dell' area ospedaliera, strategico è l'indicatore avente ad oggetto la Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario;

Atteso che:

- il tavolo tecnico regionale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 212/2022 ha approvato il documento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale " Gestione integrata del paziente di

età ≥ 65 anni con frattura di femore”, di cui all’Allegato, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;

- il predetto documento è stato oggetto di modifiche ed integrazioni da parte della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta e dell’ A.Re.S.S. Puglia - Area Innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema-CRSS.

Atteso che:

- a) tra i vari indicatori, riferiti all’Assistenza ospedaliera previsti dal “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” , di cui al Decreto 12 marzo 2019, è prevista la “Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario”;
- b) si intende uniformare i comportamenti in tutti gli ospedali pugliesi, a garanzia della qualità e della sicurezza dell’assistenza.

**Verifica ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679
Garanzie di riservatezza**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE, qualora tali dati fossero indispensabili per l’adozione dell’atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Valutazione di impatto di Genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.
L’impatto di genere stimato è:
<input type="checkbox"/> diretto
<input type="checkbox"/> indiretto
<input checked="" type="checkbox"/> neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico – e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Fondo Sanitario Regionale.

L’Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, ai sensi della L.R. 7/1997, art. 4, comma 4, lettera a, propone alla Giunta Regionale:

1. di approvare il documento recante Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “*Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore*”, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che le Aziende del S.S.R., entro sessanta giorni dalla data di notifica del presente provvedimento approvino con apposito atto formale il *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”*. Il Piano dovrà essere trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale Sport per Tutti” – Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;
3. di stabilire che il PDTA, di cui al presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;

4. di stabilire che l'attuazione del presente piano rientra negli obiettivi dei Direttori Generali e costituirà elemento di valutazione;
5. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategie e Governo dell'offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Dirigente di Servizio.: **Antonella CAROLI**

Il Dirigente della Sezione: **Mauro NICASTRO**

Il Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii. non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute, e del Benessere Animale: **Vito MONTANARO**

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid -19: **Rocco PALESE**

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità alla Sanità e al Benessere Animale;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce alla presente proposta di deliberazione dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento recante Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "*Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore*", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che le Aziende del S.S.R., entro sessanta giorni dalla data di notifica del presente provvedimento approvino con apposito atto formale il *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore"*. Il Piano dovrà essere trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale Sport per Tutti" – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
3. di stabilire che il PDTA, di cui al presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

4. di stabilire che l'attuazione del presente piano rientra negli obiettivi dei Direttori Generali e costituirà elemento di valutazione;
5. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione Strategie e Governo dell'offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

MICHELE EMILIANO

Cod. CIFRA: SGO /DEL /2023/00018

Allegato

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”

Gruppo di lavoro

- Dott. Vincenzo Defilippis, Direttore U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott. Vincenzo Caiaffa, Direttore U.O.C. Ortopedia Ospedale Di Venere. Direttore Dipartimento di Ortopedia ASL Bari;
- Dott.ssa Crescenza Abbinante, U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott.ssa Valeria Bruno, U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott.ssa Silvia Trotta, U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott.ssa Ilaria Santoiemma, U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott.ssa Lorenza Maiellaro, Infermiera U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione, ASL Bari;
- Dott.ssa Aurora Citraro, U.O.C. Fisiatria DSS 9, ASL Bari;
- Dott.ssa Anna Claudia Del Re, U.O.C. Fisiatria DSS 9, ASL Bari;
- Dott. Claudio Petrillo, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Di Venere, ASL Bari;
- Dott. Giovanni Finestrone, Direttore U.O.C. MeCAU Ospedale Di Venere, ASL Bari;
- Dott. Vincenzo Bonfantino, Direttore U.O.C. Cardiologia Ospedale Di Venere, ASL Bari.

Il presente documento, proposto dal Gruppo di lavoro di cui sopra, è stato condiviso ed approvato dal Comitato Strategico della Rete trauma nell’incontro del 30 Gennaio 2023 tenutosi presso gli uffici della Regione Puglia – Dipartimento Salute.

SOMMARIO

1. PREMESSA	3
2. SCOPO E OBIETTIVI	4
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	5
4. CRITERI DI INCLUSIONE	6
5. MODALITÀ OPERATIVE	6
5.1 FASE PRE-OSPEDALIERA	6
5.2 FASE OSPEDALIERA	7
5.2.1 FASE DI ACCOGLIENZA IN PS/DEA	8
5.2.2 FASE PRE-OPERATORIA	11
5.2.3 FASE OPERATORIA	16
5.2.4 FASE POST-OPERATORIA	20
5.3 FASE POST-OSPEDALIERA: GESTIONE POST-ACUZIE	23
6. INDICATORI REGIONALI	27
7. INDICAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA A LIVELLO LOCALE	29
BIBLIOGRAFIA	32
ALLEGATO N. 1	35
ALLEGATO N. 2	35
ALLEGATO N. 3	37

1. PREMESSA

Le fratture di femore prossimali nell'anziano rappresentano un grave evento con un significativo impatto sulla qualità di vita del paziente e ricadute considerevoli in termini di salute pubblica.

Oltre il 90% delle fratture di femore prossimali colpiscono soggetti di età superiore ai 65 anni.

I dati epidemiologici ci mostrano come il miglioramento degli standard sociali e delle cure nell'ultimo mezzo secolo abbia determinato un allungamento della vita media, con una aspettativa di vita che in Italia si attesta su 80.8 anni per i maschi e 85.2 anni per le femmine. Complessivamente, gli "over 65" costituiscono il 22.8% del totale della popolazione, includendo 2.2 milioni di grandi anziani (≥ 85 anni) (1).

Le fratture prossimali di femore (FFP) nell'anziano sono il risultato di una caduta accidentale o di traumi a bassa energia e sono spesso associate a osteoporosi/ridotta massa ossea e ad altre condizioni mediche generali, come insufficienza funzionale degli arti inferiori, morbo di Parkinson e deficit visivo, che possono aumentare il rischio di cadute.

Il numero di ospedalizzazioni dovute a frattura del femore risulta in continuo aumento, quale riflesso del numero assoluto di fratture che si verificano in soggetti di età ≥ 65 anni e soprattutto al di sopra dei 75 anni (84.9% dei casi), nella fascia di età in cui aumentano sia la prevalenza dell'osteoporosi sia il rischio di cadute e di traumi a bassa energia, con un rischio più che doppio nelle donne, in particolare a partire dai 75 anni.

Oltre ad aumentare il rischio di mortalità nel paziente anziano, la frattura del femore ha un impatto sostanziale, talvolta devastante, sulla qualità di vita, determinando riduzione della mobilità e deterioramento dello stato funzionale, limitazione o perdita dell'autonomia, con un impatto socio-economico paragonabile solo a quello conseguente a ictus cerebri e altrettanto significativo, vista la necessità di ulteriore assistenza ospedaliera in reparti di lungodegenza/riabilitazione.

La tempestività dell'intervento chirurgico rispetto all'evento traumatico rappresenta il principale fattore in grado di modificare grandemente l'esito della patologia, nonché un importante indicatore per la valutazione della qualità del processo assistenziale.

Le Linee Guida SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia) (1) del 2021 pubblicate dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) raccomandano, infatti, il ricorso all'intervento chirurgico nel più breve tempo possibile (entro le prime 24 ore e non oltre 48 ore), dopo rapida "stabilizzazione di eventuali patologie associate in fase di squilibrio acuto".

Le evidenze scientifiche indicano "i tempi di attesa preoperatoria" quali principali determinanti dell'aumento significativo della degenza ospedaliera, della morbosità (lesioni da pressione, polmoniti, complicanze tromboemboliche), della mortalità e peggiori risultati dei programmi di riabilitazione.

Negli anziani con FFP la tempestività dell'intervento è essenziale in considerazione delle frequenti comorbilità e del maggior rischio di complicanze derivanti dalla prolungata immobilità.

Il tempo di attesa preoperatorio rappresenta, dunque, la sfida principale per le strutture sanitarie, ed implica il coordinamento tra più reparti e funzioni, dall'arrivo del paziente in Pronto Soccorso (PS) al suo accesso alla sala operatoria (SO).

La valutazione preoperatoria richiede capacità e tempistiche adeguate, in un'ottica multidisciplinare, finalizzata alla rapida stabilizzazione del paziente riguardo comorbidità e squilibri comuni, come anemia, deficit della coagulazione, ipovolemia e disordini elettrolitici, per la maggior parte correggibili in 24 ore se identificati e trattati prontamente.

Con adeguati interventi organizzativi basati su un modello di integrazione multidisciplinare tra Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) comprendente 118 e PS, servizi diagnostici, le UU.OO. Ortopediche-Traumatologiche, di area Medico-Geriatrica-Cardiologica e Anestesiologiche dei Quartieri Operatori, è possibile migliorare l'assistenza al paziente anziano con frattura del femore anche in contesti che mostrano evidenti deficit di sistema, vincendo le resistenze che ancora oggi permangono.

Il trattamento efficace e tempestivo delle fratture prossimali di femore nel paziente anziano, impattando sulla morbosità e sul carico socio-economico correlato alla patologia, non più intesa come ordinaria bensì "altamente specialistica", è diventato indicatore di efficienza-efficacia del sistema sanitario e standard di esito delle cure, a cui guardare nella progettazione di un modello organizzativo aziendale e, ove possibile, regionale, capace di agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, con il fine di garantire qualità ed efficienza delle cure, e ridurre la variabilità attraverso la standardizzazione dei processi e il loro efficace monitoraggio.

2. SCOPO E OBIETTIVI

La presente procedura è stata concepita per seguire l'intero percorso intra ed extra ospedaliero del paziente anziano di età ≥ 65 anni con FFP nelle fasi pre, peri e post-operatorie, fornendo raccomandazioni basate su prove di efficacia.

Coinvolgendo in modo trasversale i professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti e tecnici) delle diverse specialità quali Ortopedia, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Radiologia, Medicina di Laboratorio, Medicina D'Urgenza e Accettazione, Geriatria/Medicina Interna, Fisiatria e Riabilitazione, si pone come scopi:

- garantire ai soggetti di età ≥ 65 anni affetti da frattura di femore prossimale un trattamento efficace e tempestivo basato su un approccio assistenziale uniforme e omogeneo, valevole su tutto il territorio regionale;
- facilitare e favorire l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale di gestione dei bisogni dei pazienti anziani;
- diffondere tra gli operatori criteri espliciti riferiti a standard basati su evidenze scientifiche selezionate secondo prove di efficacia;
- migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati, attraverso l'individuazione e riduzione di pratiche ed esami diagnostici preoperatori che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici e non influenzano il processo decisionale clinico;
- identificare eventuali aree di criticità.

Lo scopo principale del documento è quello di fornire agli operatori e alle Direzioni Aziendali degli obiettivi regionali da perseguire, in coerenza alle indicazioni della letteratura scientifica, al fine di

garantire ai soggetti di età ≥ 65 anni affetti da frattura di femore prossimale un approccio assistenziale uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale.

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
DAT	Disposizioni Anticipate di Trattamento
DIP. MFeR	Dipartimenti di Medicina Fisica e Riabilitativa
DPO	Dimissione ospedaliera protetta
ECG	Elettocardiogramma
E/U	Emergenza/Urgenza
FFP	Frattura di Femore Proximale
NEWS	National Early Warning Score
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
PO	Presidio Ospedaliero
PPOO	Presidi Ospedalieri
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PS/DEA	Pronto Soccorso Generale-Dipartimento di Emergenza Accettazione
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
RM	Risonanza Magnetica
RX	Radiografia
SO	Sala Operatoria
SIAARTI	Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
SIOT	Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
SpO2	Saturazione/Saturimetria periferica di ossigeno
SVAMA	Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano
UO	Unità Operativa
UUOO	Unità Operative
TC	Tomografia Computerizzata
TRIP	Trattamento Riabilitativo Intensivo Post-acuzie
UVM	Unità Valutativa Multidimensionale

4. CRITERI DI INCLUSIONE

La popolazione cui il presente PDTA si rivolge è rappresentata da:

- ✓ soggetti di età ≥ 65 anni;
- ✓ di ambo i sessi;
- ✓ con diagnosi di frattura di femore prossimale (FFP), ovvero fratture intracapsulari (composte e scomposte) ed extracapsulari (trocanteriche e sottotrocanteriche).

Il PDTA non si applica alla gestione di pazienti con FFP che abbiano un'età < 65 anni e alle fratture di femore causate da patologie specifiche diverse da osteoporosi e osteopenia.

5. MODALITÀ OPERATIVE

Il processo assistenziale viene suddiviso in diverse fasi, a ciascuna delle quali si applica un modello procedurale. Si distinguono:

- Fase pre-ospedaliera: Servizio di Emergenza Territoriale
- Fase ospedaliera, a sua volta suddivisa in:
 - Fase di Accoglienza in PS/DEA
 - Fase pre-operatoria
 - Fase operatoria
 - Fase post-operatoria
- Fase post-ospedaliera: gestione post-acuzie

5.1 FASE PRE-OSPEDALIERA

Il paziente con sospetta FFP può recarsi in autonomia presso il più vicino Pronto Soccorso (PS) o rivolgersi al Servizio di Emergenza Territoriale.

La richiesta di soccorso extraospedaliera afferisce alla Centrale Operativa 118. L'Operatore della Centrale 118, ricevuto l'input di chiamata, effettua il triage telefonico chiedendo i dati anagrafici, anamnestici e notizie riguardanti l'episodio per cui si necessita dell'intervento del Servizio di Emergenza Territoriale.

Valutate le necessità secondo le indicazioni ricevute da chi ha effettuato la chiamata, l'operatore della Centrale Operativa prende in carico il caso ed invia il mezzo più idoneo sul luogo dell'evento, comunicando all'equipaggio tutte le notizie relative all'intervento.

Giunti sul posto, gli obiettivi da raggiungere sono:

- fornire una valutazione iniziale al paziente con sospetta FFP;
- indirizzare il paziente nella sede ospedaliera più idonea.

Per fare ciò è necessaria una raccolta di elementi, clinici ed anamnestici, utili alla formulazione del sospetto di frattura di femore:

- in caso di trauma riferito con caduta al suolo, le circostanze che hanno portato alla stessa;
- dolore spontaneo o provocato alla palpazione dell'anca;
- incapacità nel mantenere la stazione eretta;
- la peculiare deformazione dell'arto interessato che risulterà extraruotato e accorciato.

Il personale del Servizio di Emergenza Territoriale 118 dovrà provvedere:

- alla protezione dell'arto fratturato tramite immobilizzazione dello stesso;
- alla valutazione del dolore secondo la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale) (2; 3), quando applicabile, ovvero nel caso di pazienti con deterioramento cognitivo, tramite l'utilizzo di scale atte alla valutazione di indicatori comportamentali (PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia -, NOPPAIN, DOLOPLUS_2) quali, vocalizzazione, espressione facciale, movimenti del corpo, aggressività, rifiuto del cibo, aumento del wandering, delirium (4);
- all'impostazione di una opportuna terapia analgesica, se necessaria.

Tutti i pazienti con FFP richiedono una tempestiva ospedalizzazione, pertanto, il mezzo di soccorso dovrà essere indirizzato verso il Presidio Ospedaliero (PO) più vicino dotato di Unità Operativa (UO) di Ortopedia.

PUNTI CHIAVE FASE PRE-OSPEDALIERA

- ✓ Raccolta clinico-anamnestica
- ✓ Immobilizzazione dell'arto fratturato
- ✓ Valutazione del dolore ed avvio di terapia antalgica
- ✓ Centralizzazione ospedaliera

5.2 FASE OSPEDALIERA

Il processo assistenziale ospedaliero consta di una sequenza di attività, correlate ed integrate tra loro, che scandiscono diverse fasi, dal momento della presa in carico del paziente in Pronto Soccorso sino alla dimissione dello stesso. A ciascuna fase si applica un modello procedurale, con specifici criteri clinici ed organizzativi, e sono le seguenti:

1. Fase di Accoglienza in PS/DEA
2. Fase pre-operatoria
3. Fase operatoria
4. Fase post-operatoria

5.2.1 FASE DI ACCOGLIENZA IN PS/DEA

L'obiettivo di questa fase, come raccomandato dalle Linee Guida SNLG-SIOT (1), è quello di:

- contenere i tempi di attesa in Pronto Soccorso;
- favorire un celere ricovero del paziente nel reparto di competenza;
- standardizzare i tempi di attesa pre-operatori, eseguendo l'intervento chirurgico entro 48 ore dal trauma.

Il paziente con sospetta FFP può giungere in Pronto Soccorso tramite:

- trasporto da parte del Servizio di Emergenza Territoriale 118, ed in tal caso saranno gli operatori sanitari a fornire all'infermiere del triage e al medico del DEA i dati anamnestici ottenuti e le eventuali procedure diagnostico-terapeutiche intraprese (vedi fase extra-ospedaliera);
- condotto dai familiari/accompagnatori, che possono essere coinvolti durante la raccolta anamnestica, la ricostruzione degli eventi e la descrizione dello stato pre-traumatico del paziente.

I pazienti con sospetta FFP devono essere tempestivamente valutati dal medico di PS in modo da poter trasferire il paziente in reparto nel minor tempo possibile.

Gli infermieri del triage devono essere opportunamente formati nel riconoscimento del sospetto di FFP in modo da attivare l'iter previsto nei tempi raccomandati.

L'infermiere di triage dovrà:

- Accogliere il paziente,
- Attribuire il codice di triage (5):
 - qualora il motivo dell'accesso del paziente sia esclusivamente la FFP bisognerà attribuire il codice triage di colore arancione (urgenza) o il corrispettivo codice numerico 2¹, al fine di consentire la presa in carico del paziente entro 15 minuti;
 - qualora coesistano altre manifestazioni acute urgenti di natura medica (es. cardiopatie, broncopneumopatie, insufficienza d'organo scompensate) e/o chirurgica (es. politrauma), il codice di attribuzione dovrà essere rosso o il corrispettivo codice numerico 1;
- Eseguire una valutazione del dolore secondo la scala numerica e non, a seconda della tipologia di paziente (1; 2; 3; 4);

¹ Si rammenta che la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato l'1 agosto 2019 l'accordo sui documenti relativi alle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso con le quali si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità (da 1, che risulta il più grave, a 5, il meno grave)

<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1#:~:text=Si%20adotta%20un%20sistema%20di, minuti%20per%20le%20non%20urgenze. come da, allegato n 1.>

- Rivalutare periodicamente il paziente, auspicabilmente sottoposto a monitoraggio strumentale continuo, attribuendo un codice rosso ovvero codice numerico 1 in caso di peggioramento delle condizioni cliniche;

Il Medico di Pronto Soccorso dovrà:

- Provvedere ad un primo inquadramento diagnostico attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo e la rivalutazione del dolore (1; 4; 6);
- Richiedere RX anca, RX bacino, RX assiale anca che confermino la diagnosi di FFP. Solo in caso di radiografie dubbie o in caso di radiografie negative ma di forte sospetto clinico, il gold standard è rappresentato dalla Risonanza magnetica (RMN). Se la diagnostica RMN non fosse disponibile entro 24 ore o fosse controindicata, si consiglia la diagnostica Tomografia computerizzata (TC);
- Richiedere consulenza ortopedica. Nel caso in cui non coesistano altre manifestazioni acute urgenti (cardiopatie, broncopneumopatie, insufficienza d'organo scompensate, politrauma), la consulenza ortopedica si concluderà con l'indicazione terapeutica e, dunque, il paziente dovrà essere ricoverato presso la UOC di Ortopedia dello stesso Ospedale o, in mancanza di posti letto, extralocato in altra U.O. ovvero trasferito in altra struttura, a seconda dell'organizzazione aziendale [vedi Snodo 1, capitolo 7 del PDTA];
- Richiedere la seguente batteria di esami laboratoristico-strumentali pre-operatori [vedi Snodo 2, capitolo 7 del PDTA]:
 - esami ematochimici come da Linee Guida sull'utilizzo degli esami preoperatori SNLG (7): emocromo, funzionalità renale, test della coagulazione;²
 - ECG, per escludere eventi cardiaci acuti;
 - RX del torace pre-operatoria solo qualora sia posta indicazione all'intervento chirurgico, al fine di evitare di esporre inutilmente il paziente a radiazioni, fatti salvi i casi in cui questa non sia stata già richiesta ed effettuata per altri motivi;
- Richiedere altre eventuali consulenze specialistiche a seconda del caso specifico e delle risultanze degli esami effettuati in Pronto Soccorso;
- Avviare eventuale trattamento farmacologico comprendente:
 - terapia analgesica per il controllo del dolore, così come raccomandato dalle Linee Guida SIOT e SIAARTI (1; 8)[come da schema all'allegato n.2]:
 - Trattare il dolore immediatamente all'arrivo in ospedale del paziente con sospetta frattura del femore prossimale, anche in caso di deterioramento cognitivo;
 - Scegliere analgesico e dosaggio adeguati all'età ed effettuare un controllo stretto per i possibili effetti collaterali;

² Per tutti i pazienti ≥ 65 anni con FFP si dovranno eseguire perentoriamente emocromo, test della coagulazione ed indicatori di funzionalità renale. Ulteriori integrazioni delle indagini laboratoristiche potranno essere richieste sulla base di specifiche necessità e delle caratteristiche del paziente.

- Assicurarsi che il trattamento antalgico sia sufficiente a consentire i movimenti necessari alle procedure diagnostiche (come indicato dalla capacità di sopportare l'extrarotazione passiva dell'arto), alle cure assistenziali e alla riabilitazione;
- Somministrare paracetamolo come analgesico di prima scelta ogni 6 ore, a meno di controindicazioni;
- Somministrare oppioidi se il paracetamolo da solo non è sufficiente;
- Auspicabilmente aggiungere il blocco nervoso periferico per alleviare il dolore e limitare l'uso degli oppioidi;
- Si sconsiglia l'uso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS).
 - Iniziare infusione di liquidi per il mantenimento dell'equilibrio idro-elettrolitico;
 - Eventuali altre terapie correlate alle condizioni cliniche del paziente.

PUNTI CHIAVE FASE DI ACCOGLIENZA IN PS/DEA

- ✓ Accoglienza ed inquadramento del paziente
- ✓ Prescrizione ed esecuzione degli esami diagnostico-strumentali appropriati
- ✓ Prescrizione di consulenza ortopedica ed eventuali ulteriori consulenze necessarie
- ✓ Impostazione di terapia antalgica ed ulteriori eventuali terapie necessarie
- ✓ Dimissione del paziente in UO di competenza
- ✓ Compilazione adeguata della documentazione sanitaria per il passaggio di

5.2.2 FASE PRE-OPERATORIA

La valutazione in fase pre-operatoria ha come obiettivi:

- la gestione precoce delle condizioni di salute del paziente e delle comorbidità;
- la pianificazione di una strategia terapeutica (6), con particolare attenzione alla gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia (9; 10; 11);
- l'informazione del paziente;
- la pianificazione della dimissione post-operatoria.

A tal fine, sin dall'ingresso in reparto è auspicabile un *assessment* (1) multidisciplinare e multiprofessionale, in base alle risorse presenti nella organizzazione sanitaria di riferimento. Le principali figure professionali da coinvolgere dovrebbero essere:

- anestesista;
- geriatra o internista;
- ortopedico;
- fisiatra;
- fisioterapista;
- infermiere.

I pazienti che beneficiano di valutazione multidisciplinare presentano minori rischi di mortalità intraospedaliera e di complicanze maggiori e un più rapido recupero funzionale (12).

Nella fase pre-operatoria l'infermiere dovrà:

- Fornire al paziente e/o ai suoi familiari/caregiver un opuscolo informativo relativo al "*PDTA del paziente ultrasessantacinquenne con frattura di femore*", così come implementato a livello locale;
- Provvedere alla rilevazione dei parametri vitali;
- Provvedere alla ricognizione farmacologica, così come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 17 (13). In particolare, tale ricognizione prevede la raccolta – secondo modalità e tempistiche definite da procedure locali in base alla propria organizzazione – di informazioni complete ed accurate sul paziente e sui medicinali che assume. Particolare attenzione va riservata alla raccolta di informazioni inerenti i farmaci anticoagulanti, antidiabetici, a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato e ad azione immunosoppressiva.
- Valutare il dolore secondo idonee scale di misurazione (4) e rivalutazione periodica a seconda del caso specifico, da registrare nella documentazione sanitaria, avviando, se necessario, una opportuna terapia analgesica (1; 8).
- Eseguire tampone rettale per la prevenzione e il controllo della diffusione di infezioni da Enterobatteri, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie in ottemperanza alle Linee Guida Ministeriali (14) e alla Circolare della Regione Puglia (15), considerato che i pazienti a cui si riferisce il

presente PDTA sono ad elevato rischio infettivo. Ogni dettaglio per la sorveglianza e il controllo delle infezioni deve essere codificato all'interno di ciascuna struttura sanitaria.

- Valutare il rischio caduta come riportato nella Raccomandazione ministeriale n. 13 (16), in modo tempestivo e puntuale, in primis all'ammissione del paziente. Il livello di rischio stimato nel paziente deve essere segnalato in modo evidente sulla documentazione sanitaria ad opera dell'operatore responsabile dell'esecuzione della valutazione stessa. In relazione al grado di rischio e alle specificità del singolo caso, si dovranno porre in essere misure preventive che ciascuna Struttura definirà nell'ambito di procedure interne (qualora non già esistenti).
- Valutare il rischio di lesioni da pressione (17), per le quali è necessario usare un approccio strutturato, che includa soprattutto la valutazione dell'attività/mobilità del paziente e lo stato della cute. In relazione al grado di rischio, ciascuna Struttura implementerà – se non già presente - un proprio piano di prevenzione. L'infermiere provvederà alla valutazione il prima possibile, e comunque non oltre le 8 ore dal ricovero.

L'infermiere provvederà alla valutazione dei predetti parametri all'ammissione del paziente in reparto e ripeterà la valutazione dei rischi ogni qualvolta insorga un cambiamento significativo delle condizioni cliniche del paziente.

Il risultato di ciascuna valutazione andrà riportato nella documentazione sanitaria.

Il medico dovrà provvedere a:

- Eseguire anamnesi ed esame obiettivo, comprensivo della valutazione dello stato di nutrizione e idratazione. Inoltre, al fine di garantire una pianificazione della dimissione adeguata al caso specifico di ciascun paziente, si dovranno riportare nella documentazione sanitaria tutte le informazioni inerenti a:
 - autonomia del paziente;
 - stato cognitivo;
 - setting di provenienza del paziente (dipendenza assistenziale, fragilità clinica, condizioni socio-economiche e/o della rete familiare, amicale e parentale) in relazione quale si stabilirà la necessità di richiedere la dimissione ospedaliera protetta (DOP). In tal caso, il medico di reparto dovrà inoltrare la richiesta alla Direzione Medica di Presidio che, a sua volta, invierà al Distretto di residenza la richiesta di DOP insieme alla scheda di valutazione corredata da relazione clinica [vedi Snodo 3, capitolo 7 del PDTA];
- Eseguire la riconciliazione farmacologica, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 17 (13; 18; 19). In particolare, il medico provvederà ad eseguire il confronto tra la terapia assunta dal paziente (e riportata nella documentazione sanitaria nella fase della ricognizione farmacologica) e quella che si vuole impostare, dovendo fare particolare attenzione alla gestione delle multimorbilità e alla polifarmacoterapia (9);
- Impostare terapia analgesica: in caso di dolore il medico prescriverà l'analgesico e il relativo dosaggio adeguati all'età del paziente, effettuando un controllo stretto per i possibili effetti collaterali, così come da linee guida SIOT precedentemente citate (1; 8);

- Valutare il rischio trombotico/emorragico ed impostare adeguata profilassi antitrombotica/antitromboembolica (20). I pazienti con frattura di femore sono a rischio elevato di trombosi venosa profonda. Il rischio è significativamente ridotto tra i pazienti che ricevono una profilassi farmacologica. In ragione di tanto, all'ingresso in reparto si provvederà alla valutazione del rischio trombotico che deve essere sempre accompagnato alla valutazione del rischio emorragico, con particolare attenzione ai pazienti in terapia con anticoagulanti e/o antiaggreganti [allegato n.3], identificando le controindicazioni assolute (permanenti o temporanee) e relative del singolo paziente. La profilassi farmacologica sarà stabilita sulla scorta della valutazione del rischio. Qualora la profilassi farmacologica non possa essere effettuata, si raccomanda comunque l'applicazione della profilassi meccanica;
- Richiedere esami ematochimici, comprensivi di emogruppo e prove di compatibilità trasfusionale. Gli esami da richiedere non devono replicare quelli già effettuati in Pronto Soccorso, a meno che la ripetizione degli stessi non sia finalizzata a specifiche necessità cliniche;
- Richiedere eventuale visita cardiologica per la valutazione del rischio pre-operatorio (21), qualora necessaria e se non si sia provveduto già in sede di PS [vedi Snodo 4, capitolo 7 del PDTA];
- Valutare l'indicazione all'intervento chirurgico, se non già data in PS, e provvedere alla sottoscrizione del consenso informato. L'indicazione all'intervento chirurgico sarà data dall'ortopedico che deciderà il tipo di trattamento da eseguire sulla scorta della tipologia della frattura e delle caratteristiche del singolo paziente (comorbidità, autonomia nella deambulazione, etc). In tutti i casi le Linee Guida SIOT (1) raccomandano di discutere con il paziente (e/o con i familiari/caregiver) i potenziali vantaggi e svantaggi delle diverse opzioni terapeutiche, prima di procedere alla sottoscrizione del consenso informato. Nel caso in cui si ravveda la necessità di rimandare o di non effettuare l'intervento per ragioni cliniche, si provvederà a documentare e motivare tale scelta nella cartella clinica;
- Richiedere consulenza anestesiologicala. Fermo restando che l'intervento dovrà essere svolto entro 48 h dall'evento traumatico, ciascuna struttura sanitaria, nell'ambito della propria procedura, stabilirà se:
 - L'anestesista dovrà intervenire "in prima battuta", al fine poi di richiedere gli accertamenti clinici e strumentali (7) necessari per la valutazione del caso specifico;
 - L'anestesista dovrà intervenire solo una volta che siano stati già eseguiti gli esami preoperatori, comprensivi degli esami radiologici e dell'ECG, come previsti dalle Linee Guida SNLG (7). Solo qualora ritenuto necessario, l'anestesista richiederà l'integrazione dei suddetti accertamenti.

All'esito della visita preoperatoria, l'anestesista comunica al paziente (e/o ai suoi familiari/caregiver) il rischio perioperatorio e la pianificazione della tecnica anestesiologicala, provvedendo ad illustrare al paziente rischi e benefici della tecnica prescelta e richiedendo infine la sottoscrizione del consenso informato;

<p>CONSENSO INFORMATO</p> <p>Al fine dell'acquisizione del consenso informato, come previsto dalla L. 219/17 (22), il chirurgo operatore provvederà preliminarmente ad informare il paziente <i>in modo completo, aggiornato e a lui comprensibile riguardo a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>diagnosi</i> - <i>prognosi</i> - <i>benefici e rischi del trattamento sanitario indicato (trattamento conservativo/chirurgico);</i> - <i>possibili alternative al trattamento proposto;</i> - <i>possibili conseguenze dell'eventuale rifiuto al trattamento proposto.</i> <p>Il paziente può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni. Qualora il paziente capace di intendere e di volere non voglia essere informato sul proprio stato di salute e sui trattamenti proposti potrà delegare formalmente (<u>per iscritto</u>) un familiare o una persona di sua fiducia di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato dovranno essere registrati nella cartella clinica.</p> <p>Se il paziente è incapace di intendere e volere, in assenza di amministratore di sostegno o di tutore già nominati, l'ortopedico provvederà ad assicurare la prestazione operatoria entro le 48 ore dall'evento fratturativo, previa comunicazione ai familiari/caregiver da annotare in cartella clinica. Tale comportamento risponde alla necessità di dare seguito a quanto previsto dai LEA ministeriali e dalle Linee Guida SIOT-SNLG (1), secondo le quali l'intervento chirurgico per FFP entro 48 ore riduce la mortalità del paziente e ne migliora l'outcome funzionale.</p> <p>Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, il rifiuto al trattamento o la revoca del consenso prestato - in qualunque forma espressi - devono essere inseriti nella cartella clinica. Il consenso informato può essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse forme con cui è stato prestato.</p>
--

- Richiederà al paziente se è in possesso delle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), debitamente redatte come previsto dalla Legge 219/17;

<p>DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)</p> <p>La Legge 219/17 ha introdotto la possibilità – per tutti i cittadini maggiorenni e capaci di intendere e volere – di esprimere, attraverso le DAT (testamento biologico, ndr), le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari (es. <u>trasfusioni di sangue</u>), in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.</p> <p>Nelle DAT può essere indicata una persona di fiducia del paziente (fiduciario) che ne fa le veci e la rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.</p> <p>Le DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero; - sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. <p>Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, la decisione è rimessa al giudice tutelare.</p> <p>Nei casi in cui sussistano condizioni di emergenza e urgenza, le DAT possono essere revocate con</p>
--

dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

L'Art.1 comma 6 della L.219/17 prevede che *“Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale”*.

- Inserire il paziente nella lista operatoria. Il Chirurgo Ortopedico che inserirà il paziente in nota operatoria, dovrà riportare:
 - *Tipo di intervento*
 - *Lato*
 - *Eventuali richieste di strumentario non standard*
 - *Tipologia di antibioticoprofilassi (23)*
 - *Anestesia prevista*
 - *Durata stimata del tempo chirurgico*

N.B.: LE FFP possono essere considerate delle urgenze differibili. Il percorso all'interno della S.O. in elezione e/o in emergenza-urgenza dovrà essere stabilito da opportune procedure aziendali [vedi Snodo 5, capitolo 7 del PDTA].

- Programmare visita fisiatrica post-operatoria in relazione alla data dell'intervento. Per favorire una riabilitazione precoce è necessario provvedere quanto prima alla redazione del Piano Riabilitativo Individuale (PRI). A tal fine, una volta programmata la seduta operatoria, il chirurgo operatore contatterà il fisiatra del Servizio di afferenza per programmare la visita specialistica nell'immediato post-operatorio. Laddove non fosse presente il fisiatra, sarà compito dell'ortopedico con specifiche competenze riabilitative redigere il PRI [vedi Snodo 6, capitolo 7 del PDTA].

PUNTI CHIAVE FASE PRE-OPERATORIA

- ✓ Valutazione del rischio chirurgico, anestesilogico e cardiologico
- ✓ Esecuzione/valutazione degli esami laboratoristico-strumentali appropriati secondo LG
- ✓ Esecuzione del tampone rettale per sorveglianza infettiva
- ✓ Impostazione terapia analgesica
- ✓ Valutazione rischio tromboembolico ed emorragico, prevenzione cadute e lesioni da pressione
- ✓ Programmazione intervento chirurgico
- ✓ Programmazione consulenza fisiatrice (se presente la figura dello specialista in riabilitazione) da eseguire nell'immediato post-operatorio
- ✓ Acquisizione consenso informato chirurgico ed anestesilogico
- ✓ Attivazione eventuale procedura di DOP

5.2.3 FASE OPERATORIA

Gli obiettivi dell'intervento chirurgico sono:

- ottenere una sintesi stabile della frattura;
- consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico;
- ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico.

In generale la scelta della tecnica chirurgica è guidata da questi obiettivi, pertanto, non dipende solo dal tipo di frattura ma anche dallo stato funzionale, dalla comorbidità, dalle patologie acute in atto e dalla aspettativa di vita del paziente.

Tecnica chirurgica

Le fratture di femore prossimale vengono distinte in fratture intracapsulari o mediali (composte e scomposte) ed extracapsulari o laterali del femore prossimale (trocanteriche e sottotrocanteriche). Le Linee Guida SIOT raccomandano quanto segue. (1)

- Trattamento delle Fratture Intracapsulari Composte

Le fratture intracapsulari (o mediali) composte sono generalmente stabili e la probabilità di interruzione dell'apporto vascolare alla testa femorale è molto bassa. Sebbene la letteratura non mostri differenze sostanziali nei risultati del trattamento conservativo rispetto a quello chirurgico, quest'ultimo permette la mobilizzazione precoce del paziente e riduce il rischio di una successiva scomposizione della frattura ed è quindi preferibile. L'intervento più comunemente eseguito è l'osteosintesi con viti. Tuttavia, se l'osteosintesi sia sempre il trattamento più appropriato per tutti i pazienti con questo tipo di frattura e in quali casi sia invece da preferire la sostituzione protesica (endoprotesi e di artroprotesi dell'anca) è questione dibattuta.

Raccomandazioni:

- Si raccomanda di trattare le fratture mediali composte con osteosintesi.
- Nel caso di pazienti allettati o su sedia a rotelle si consiglia il trattamento conservativo.
- Si raccomanda la protesi nei casi in cui si vuole ridurre al minimo la possibilità di un reintervento, in ragione del maggiore tasso di fallimenti della sintesi, in particolare nelle fratture potenzialmente instabili.
- In tutti i casi si raccomanda di discutere con il paziente i potenziali vantaggi e svantaggi delle diverse opzioni.

• Trattamento delle Fratture Intracapsulari Scomposte

Nelle fratture intracapsulari scomposte che interessano il collo femorale esiste il rischio concreto di necrosi avascolare derivante dalla potenziale interruzione dei vasi retincolari. Tale rischio è proporzionale al grado di scomposizione della frattura e viene valutato radiograficamente (nelle fratture sottocapitate la classificazione più utilizzata è tuttora quella di Garden (24; 25)). Oltre a mettere a rischio l'apporto vascolare, la scomposizione determina una minor stabilità meccanica. In questi casi è necessario decidere sin dall'inizio se ridurre la frattura e procedere all'osteosintesi, oppure effettuare un intervento di sostituzione protesica (endoprotesi o artroprotesi), con o senza cemento. Comunque, l'intervento chirurgico è indicato pressoché sempre nella gestione di una frattura intracapsulare scomposta giacché il trattamento conservativo (immobilizzazione a letto) potrebbe portare a una dolorosa pseudoartrosi.

Raccomandazioni

- Nei pazienti con frattura intracapsulare scomposta del femore si raccomanda la sostituzione protesica (endoprotesi o artroprotesi).
- Si raccomanda l'artroprotesi nei pazienti con frattura intracapsulare scomposta in grado di deambulare autonomamente o con un solo bastone, che non presentano deficit cognitivi e sono idonei a una procedura chirurgica di maggiore impegno.

Tecnica di fissazione dello stelo femorale protesico

Per quanto riguarda la tecnica di fissazione dello stelo femorale protesico (con cemento o senza), vanno considerati vantaggi e svantaggi delle due metodiche. Con le attuali protesi cementate si verificano meno fratture intraoperatorie e postoperatorie, responsabili di fatto del maggiore tasso di revisione osservato nelle protesi non cementate, ma si registrano tempi operatori più lunghi, maggiori perdite ematiche e ossificazioni eterotopiche.

Per il resto, non si osservano differenze significative tra i due gruppi.

Un tema dibattuto, è quello della cosiddetta bone cement implantation syndrome (BCIS), fenomeno che include una serie di eventi (ipossia, ipotensione, perdita di coscienza, aritmia cardiaca, aumento delle resistenze vascolari polmonari) fino all'arresto cardiorespiratorio.

Ciononostante, la cementazione è considerata il gold standard nei pazienti anziani con frattura del collo del femore, in ragione della solida fissazione immediata che contribuisce a ridurre il rischio di fratture periprotetichesiche e di mobilizzazione dell'impianto.

Raccomandazioni

- Nella protesizzazione di pazienti anziani con frattura del femore si consiglia la fissazione dello stelo con cemento, considerando però nella scelta anche l'esperienza personale del chirurgo e le caratteristiche del singolo paziente.

• Trattamento Delle Fratture Extracapsulari

Nelle fratture extracapsulari (o laterali) del femore prossimale la vascolarizzazione della testa del femore non è compromessa, pertanto, l'osteosintesi rappresenta il trattamento chirurgico standard, a meno che non sussistano controindicazioni di carattere medico. Peraltro, il trattamento conservativo basato su prolungato riposo a letto è oggi sostanzialmente abbandonato in quanto associato a più elevata incidenza di mortalità e morbilità, prolungata durata dell'ospedalizzazione e riabilitazione più lenta.

Raccomandazioni

- Si raccomanda di utilizzare una vite-placca o un chiodo endomidollare nei pazienti con fratture pertrocanteriche.
- Per le fratture sottotrocanteriche e oblique inverse si consiglia il chiodo endomidollare.

Anestesia

La pianificazione della tecnica anestesiológica, sulla scorta di quanto obbiettivato durante la visita preoperatoria, andrebbe adattata alle esigenze individuali del paziente, allo scopo di ridurre l'incidenza di delirium e facilitare il recupero postoperatorio. La necessità di correzioni **personalizzate** per il singolo paziente può rappresentare un punto di partenza nell'ambito di una discussione multidisciplinare per la pianificazione delle cure.

Al momento le evidenze disponibili non consentono di indicare una tecnica anestesiológica ottimale, poiché non sembrano esistere differenze significative tra tecniche di anestesia generale o regionale in termini di mortalità, complicanze (polmoniti, ictus, insufficienza cardiaca o renale) e durata della degenza.

L'anestesia spinale/epidurale sembrerebbe presentare i seguenti vantaggi:

- Minore insorgenza di stati confusionali acuti;
- Minore insorgenza di trombosi venosa nel post-operatorio;
- Riduzione del rischio di intubazione tracheale e ventilazione meccanica;
- Minor utilizzo di farmaci per l'ottenimento di una adeguata analgesia post-operatoria.

Di contro, parte di questi vantaggi si annullano in caso di pazienti poco collaboranti o che hanno difficoltà a rimanere a lungo fermi in una posizione alquanto disagiata.

L'anestesia generale consente un maggior controllo:

- Sulla durata della anestesia;
- Sulla profondità della stessa;
- Sui parametri emodinamici;
- Sulla pervietà delle vie aeree;
- Sulla ventilazione.

Raccomandazioni (come da Linee Guida SIOT (1) e SIAARTI (8)):

- Offrire al paziente con frattura del femore la scelta tra anestesia generale o regionale, dopo averne discusso rischi e benefici.
- Eseguire il blocco periferico intraoperatorio in tutti i pazienti con frattura del femore che si sottopongono a intervento.

Sicurezza in Sala Operatoria

Indipendentemente dalla scelta anestesiológica e della tecnica chirurgica da adottare, sarà sempre necessario garantire la sicurezza di operatori e pazienti in sala operatoria. A tal fine, si dovrà:

- Garantire una corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura da attuare (26);
- Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (27);
- Utilizzare correttamente e sistematicamente la checklist di sala operatoria (28);
- Assicurare le attività di manutenzione dei dispositivi medici e degli apparecchi elettromedicali di sala operatoria (29);
- Utilizzare di procedure idonee a minimizzare i fattori di rischio legati al paziente, la contaminazione batterica intraoperatoria e lo sviluppo dei microrganismi (23);
- Pianificare la sorveglianza del paziente all'interno del blocco operatorio nell'immediato post-operatorio (definizione dei tempi di degenza all'interno del blocco e delle modalità di gestione del paziente);
- Pianificare la dimissione in reparto con passaggio di consegne strutturato e formalizzato (30).

PUNTI CHIAVE FASE OPERATORIA

- ✓ Conferma della pianificazione anestesiologicala
- ✓ Conferma della pianificazione chirurgica
- ✓ Controllo e gestione del percorso di sicurezza del paziente nel B.O. (es. compilazione della check-list di sala operatoria)
- ✓ Gestione dell'immediato post-operatorio
- ✓ Dimissione in reparto

5.2.4 FASE POST-OPERATORIA

Il periodo post-operatorio ha come obiettivi:

- il rapido ripristino delle condizioni del paziente preesistenti alla frattura;
- la prevenzione e tempestivo trattamento delle complicanze mediche e chirurgiche;
- la programmazione della dimissione del paziente con idoneo Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Anche in questa fase è auspicabile la presenza di un team multidisciplinare a cui devono prendere parte:

- l'ortopedico;
- il geriatra/internista, per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente;
- il fisiatra e il fisioterapista del Servizio di afferenza (Ospedale, territorio), per ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura;
- anestesista;
- infermiere.

Monitoraggio e sorveglianza del paziente

Il monitoraggio del paziente dovrà seguire procedure formalizzate e strutturate che avranno come obiettivi la gestione di:

- Eventuali aspetti critici identificati nel pre-operatorio o durante il periodo di osservazione in area risveglio o eventuale ricovero in Terapia Intensiva;
- Dolore, secondo idonee scale di misurazione (4) e rivalutazione periodica a seconda del caso specifico, da registrare nella documentazione sanitaria, avviando, se necessario, una opportuna terapia analgesica (1; 8);
- Idratazione;
- Anemia, valutando l'eventuale necessità di trasfusioni;
- Ossigenazione ematica;

- Stato nutrizionale, che incide sul rischio di complicanze come infezioni e lesioni da pressione, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità;
- Gestione del delirium, che compare in oltre la metà di pazienti con frattura di femore e si associa a minor recupero funzionale, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità. Fattori predisponenti sono l'età avanzata e un preesistente deterioramento cognitivo, ai quali si possono associare diverse condizioni che agiscono da fattori scatenanti, come infezioni polmonari e urinarie, uso di anticolinergici e anestetici, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore e inadeguata illuminazione, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione. L'identificazione e la correzione di questi fattori, molti dei quali richiedono interventi di nursing, sono prioritari rispetto al trattamento farmacologico specifico, il quale deve prevedere protocolli di trattamento condivisi;
- Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione, cui i pazienti con frattura di femore sono particolarmente esposti a causa delle comorbilità preesistenti e della forzata immobilizzazione. La prevenzione delle lesioni da pressione mediante interventi di nursing è fondamentale in quanto esse si associano ad un ritardo nel recupero funzionale e ad un prolungamento della degenza e dei costi complessivi dell'assistenza;
- Gestione del catetere vescicale e dell'eventuale incontinenza;
- Gestione dell'eventuale costipazione e ileo paralitico.

Tutto dovrà essere documentato e tracciato secondo le procedure locali.

Trattamento riabilitativo in reparto

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa. La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione (seduta – in piedi). La riabilitazione del paziente con frattura di femore deve avere inizio precocemente in fase acuta, in regime di ricovero nelle UU.OO. di Ortopedia.

I pazienti con frattura del femore devono iniziare la riabilitazione entro massimo 48 ore dall'intervento chirurgico (1), sulla base delle indicazioni del chirurgo ortopedico relative al tipo di intervento effettuato, ai devices utilizzati, ed effettuare il trattamento almeno una volta al giorno con l'obiettivo generale di ridurre il rischio di complicanze e la mortalità, migliorare la motricità, aumentare l'indipendenza e ridurre il bisogno di ulteriori cure sanitarie e sociali.

Il recupero precoce della motricità dopo l'intervento chirurgico per frattura di femore riduce in genere la durata del ricovero ospedaliero ed evita le complicanze del prolungato allettamento.

L'intervento fisioterapico³ deve essere integrato da un nursing dedicato al raggiungimento di obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni da ipomobilità.

Per ogni paziente preso in carico dovrà essere attivato un team della riabilitazione multidisciplinare, composto auspicabilmente da:

³ Nel caso in cui nelle U.O. non siano disponibili i fisioterapisti, l'infermiere dovrà essere formato a gestire la mobilizzazione precoce del paziente secondo le indicazioni date dal fisiatra e/o dall'ortopedico.

- Medico specialista in riabilitazione;
 - Chirurgo ortopedico;
 - Fisioterapista;
 - Infermiere della U.O. Ortopedia.

Il team può essere eventualmente integrato per specifiche necessità da altri specialisti consulenti, per la definizione del PRI, elaborato sui principi dell'International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) (31).

Questo team multidisciplinare, coordinato dal medico specialista in riabilitazione (già allertato dall'ortopedico in fase preoperatoria) ovvero, in mancanza di questi, da un ortopedico con specifiche competenze nel campo della riabilitazione, deve elaborare un PRI, che si basa su:

- Valutazione clinica, funzionale e della modificabilità riabilitativa, che deve essere effettuata con scale validate necessarie ad identificare i primi interventi riabilitativi ed il setting assistenziale successivo;
- Giudizio prognostico riabilitativo, tenendo conto delle comorbidità e complessità clinica, dello stato cognitivo da valutare e documentare attraverso strumenti specialistici standardizzati, dello stato funzionale pre-frattura, della tecnica chirurgica utilizzata, della concessione del carico e della rete sociale;
- Obiettivi raggiungibili e misurabili;
- Tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti;
- Setting appropriato per le cure successive.

A seconda delle risultanze di questa valutazione multidisciplinare e degli obiettivi del PRI, dovranno essere definite le modalità di dimissione dalla fase acuta attivando tempestivamente il percorso assistenziale successivo.

Prescrizione presidi e ausili

Vista l'importanza che rivestono i dispositivi protesici nel percorso di autonomia del paziente anziano con frattura di femore, al fine di assicurare la continuità assistenziale ospedale-territorio e garantire il rientro in sicurezza al domicilio, i medici della U.O. di Ortopedia, al momento della dimissione del paziente dovranno prescrivere eventuali presidi ed ausili previsti dal PRI [vedi Snodo 7, capitolo 7 del PDTA].

Approvvigionamento farmaci

Al fine di garantire la continuità del trattamento farmacologico ed al contempo di ridurre la spesa farmaceutica, all'atto della dimissione da ricovero le strutture ospedaliere pubbliche hanno l'obbligo di consegnare ai pazienti i farmaci necessari per il primo ciclo terapeutico, intendendosi una terapia per un massimo di trenta giorni (32). Sono prescrivibili in distribuzione diretta i farmaci ricompresi nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR). In situazioni in cui non sia oggettivamente possibile la dispensazione diretta dei farmaci, perché non disponibile il farmaco, previa espressa autorizzazione della Direzione Medica della struttura ospedaliera, il medico specialista prescrive su ricetta dematerializzata i farmaci non disponibili alla dimissione (33) [vedi Snodo 8, capitolo 7 del PDTA].

Dimissioni e prescrizione visite di controllo

In fase di dimissione l'ortopedico dovrà fornire indicazioni al paziente circa il follow-up, fornendogli la programmazione delle successive visite di controllo e controlli radiografici.

PUNTI CHIAVE FASE POST-OPERATORIA

- ✓ Monitoraggio e sorveglianza del paziente
- ✓ Elaborazione PRI
- ✓ Avvio trattamento riabilitativo precoce
- ✓ Programmazione delle dimissioni (presidi, ausili, farmaci, follow-up)

5.3 FASE POST-OSPEDALIERA: GESTIONE POST-ACUZIE

Il secondo stadio della riabilitazione inizia, in funzione delle disabilità residuali, al termine della fase acuta di malattia e riguarda sia le strutture ospedaliere sia quelle extraospedaliere di riabilitazione, pubbliche o private accreditate. Sulla base delle valutazioni del team multidisciplinare e degli obiettivi individuati nel PRI, devono essere definite precocemente le modalità di dimissione dalla fase acuta attivando tempestivamente il percorso assistenziale successivo idoneo a garantire la continuità dell'iter riabilitativo (34).

Assistenza residenziale riabilitativa intensiva

I candidati alla riabilitazione intensiva post-acuzie sono pazienti che possano sostenere un'attività riabilitativa così declinata:

- 3 ore al giorno;
- 6 giorni su 7 (18 ore/settimana);
- con il coinvolgimento di più figure professionali.

In tali casi il medico specialista in riabilitazione o, ove non disponibile, il medico specialista della struttura di ricovero per acuti che ha dimesso il paziente, dovrà richiedere l'attivazione del Trattamento Riabilitativo Intensivo Post-acuzie (T.R.I.P.), a cui si accede:

- direttamente dal reparto di acuzie;
- entro 30 giorni dalla dimissione dello stesso.

Il medico prescrittore compila la scheda di presentazione del paziente, in cui è inclusa la National Early Warning Score (NEWS) (35) che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (36), chiamata anche scala di comorbidità oppure indice di comorbidità (la NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta di dimissione.

Criteri di eleggibilità:

- a) I pazienti in condizioni cliniche stabilizzate, che richiedono elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico nelle 24h) sono candidabili al ricovero in struttura riabilitativa territoriale ex art.26 (37). (NEWS=0 e CIRS=0)
- b) I pazienti le cui condizioni cliniche e le comorbidità, compatibili con l'erogazione di trattamento riabilitativo intensivo, necessitano di terapie e/o specifici controlli clinici e strumentali nelle 24h e immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche, sono eleggibili al ricovero in struttura riabilitativa ospedaliera cod. 56. (NEWS \geq 1 e/o CIRS \geq 1)

La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura riabilitativa, entro 5 giorni lavorativi, alla ASL di competenza nella quale insiste la struttura erogante e, per conoscenza, al Distretto Socio Sanitario di Residenza- Servizio di Riabilitazione.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale intensivo è pari ai valori soglia per la riabilitazione ospedaliera (riabilitazione ortopedica 40 giorni). Al termine del percorso di trattamento riabilitativo intensivo, persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, salvo richiesta di proroga⁴.

Assistenza residenziale riabilitativa estensiva

I candidati alla riabilitazione estensiva sono pazienti che devono sostenere un'attività riabilitativa così declinata:

- da 1 a 3 ore al giorno;
- 6 giorni su 7;
- necessità di assistenza medico-infermieristica h24.

Modalità di accesso:

- a) previa prescrizione del medico specialista in riabilitazione o, ove non disponibile, del medico specialista della struttura di ricovero per acuti che ha dimesso il paziente. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, in cui è inclusa la NEWS e la CIRS.
- b) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, nel caso in cui il paziente necessiti di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale.
- c) previa autorizzazione rilasciata dalla ASL in cui insiste la struttura erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale (ex art 26) ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessiti di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale.

⁴ La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione deve essere preventivamente autorizzata dall'U.O. del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa della ASL in cui insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente (38).

La durata del trattamento riabilitativo residenziale estensivo è fino a 60 giorni, salvo proroga³ (38).

Riabilitazione domiciliare

I candidati alla riabilitazione domiciliari che:

- non presenta indicazione a ricovero per riabilitazione intensiva o estensiva;
- non necessita di assistenza medico-infermieristica h24.

Modalità di accesso:

- a) Da Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente, ovvero Unità Operativa ospedaliera riabilitativa (cod. 56) per proseguimento trattamento riabilitativo: l'équipe medica dell'unità operativa, direttamente o per il tramite della Direzione sanitaria, contatta il DSS di competenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare.
- b) Da strutture residenziali territoriali (riabilitative ex art. 26), per proseguimento del trattamento riabilitativo: l'équipe medica, che ha in carico il paziente, contatta il DSS di residenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare.

In entrambi i casi il PRI dovrà essere redatto dall' équipe medica della struttura riabilitativa, coordinata dal fisiatra, inviato al DSS di competenza 72 ore prima della dimissione, in modo da consentire la presa in carico territoriale e consegnato al paziente in allegato alla lettera di dimissione (39).

Riabilitazione in R.S.A estensiva

I candidati alla riabilitazione in R.S.A. estensiva sono pazienti:

- non autosufficienti,
- non assistibili a domicilio,
- richiedenti prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche,
- abbisognevole di assistenza infermieristica h24,
- con limitazioni fisiche e/o psichiche che non consentono di condurre una vita autonoma,
- affetti da patologie che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e/o riabilitative,
- con giudizio prognostico riabilitativo limitato.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico (con somministrazione di terapie endovenose, trattamento di lesioni da pressione), riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare.

La degenza è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento (RSA di mantenimento). L'accesso al nucleo di assistenza residenziale estensiva avviene tramite valutazione di tipo prettamente sanitario [vedi Snodo 9, capitolo 7 del PDTA], mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA (40), Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano. A tal fine, l'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL è integrata con un medico specialista in geriatria, neurologia o riabilitazione.

La durata della degenza è di norma non superiore a sessanta giorni (41).

Dimissioni ospedaliere protette (DOP)

I candidati alla DOP sono pazienti:

- fragili in fase post-acuta;
- in condizioni cliniche precarie;
- abbisognevole di continuità delle cure;
- in condizioni di inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle condizioni sociali (RSA/RSSA).

Come già indicato nella fase pre-operatoria, all'ingresso del paziente in reparto dovrà essere valutato il setting di provenienza del paziente sulla scorta del quale sarà valutata l'opportunità di una DOP. In tal caso, il medico di reparto dovrà inoltrare la richiesta alla Direzione Medica di Presidio che, a sua volta, invierà al Distretto di residenza la richiesta di DOP insieme alla scheda di valutazione corredata da relazione clinica in cui si specificano i bisogni assistenziali e riabilitativi dell'assistito [vedi Snodo 3, capitolo 7 del PDTA].

L'esito della valutazione avviene in corso di UVM (40; 39) e viene comunicato all'assistito e/o ai suoi familiari, al responsabile medico ospedaliero e nel caso in cui sia stata valutata l'opportunità di un ricovero in struttura residenziale, alla struttura residenziale individuata.

Riabilitazione ambulatoriale

I candidati alla riabilitazione ambulatoriale sono pazienti:

- affetti da menomazioni e/o disabilità che necessitano di prestazioni riabilitative erogabili in regime ambulatoriale;
- dimessi da strutture riabilitative estensive o intensive per il completamento del percorso di recupero funzionale.

Si accede previa richiesta da parte del MMG di "visita di medicina fisica e riabilitazione", eventualmente domiciliare, e la redazione di P.R.I. ambulatoriale da parte di Medico Specialista in Fisiatria di struttura pubblica o privata-convenzionata.

PUNTI CHIAVE FASE POST-OSPEDALIERA

- ✓ Definizione delle disabilità residuali del paziente, sulla scorta degli obiettivi definiti dal PRI
- ✓ Definizione dell'iter riabilitativo più idoneo per il paziente (riabilitazione intensiva, estensiva, in R.S.A., DOP, ambulatoriale)
- ✓ Rinforzo della rete ospedale-territorio (strutture riabilitative, RSA/RSSA, MMG)

6. INDICATORI REGIONALI

La qualità del percorso assistenziale del paziente con FFP \geq di 65 anni dipende dal raggiungimento di specifici obiettivi e relativi standard di riferimento. Il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati rischia di compromettere la qualità e la sicurezza dell'intero percorso assistenziale integrato. Di seguito l'elenco degli indicatori, alcuni dei quali dovranno essere oggetto di implementazione a livello locale, a seconda dei percorsi clinico-organizzativi di ciascuna struttura.

1. Tempo di permanenza in Pronto Soccorso

I pazienti con sospetta frattura di femore devono essere tempestivamente valutati dal medico di PS in modo da poter essere trasferiti in reparto o sala operatoria nel minor tempo possibile. Il tempo di attesa dovrà essere definito a livello locale sulla scorta dei processi clinico-organizzativi che si mettono in atto.

Indicatore: Tempo di permanenza in pronto soccorso (entrata – uscita)

Valore Atteso: da definire a livello locale

2. Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti \geq 65 aa con frattura di femore

La stabilizzazione chirurgica della frattura rappresenta lo standard procedurale per la frattura di femore nell'anziano ed il trattamento conservativo non deve normalmente superare il 5% della casistica. I pazienti non trattati chirurgicamente presentano una maggiore incidenza di complicanze, un incremento della mortalità e minori probabilità di ritornare autonomi al domicilio. Il trattamento chirurgico rimane vantaggioso anche nei pazienti ultranovantenni. Secondo le principali linee guida la scelta conservativa può essere appropriata in poche situazioni critiche, quali grave instabilità cardiovascolare non emendabile, neoplasie terminali, grave sindrome ipocinetica, oppure nel caso di fratture intracapsulari composte che consentano la mobilizzazione, o per rifiuto "informato" dell'intervento. Tuttavia anche in condizioni critiche la scelta chirurgica può essere presa in considerazione se necessaria per migliorare la gestione del nursing o il controllo del dolore nell'ambito di un programma di cure palliative.

Indicatore: % di pazienti NON operati rispetto ai ricoverati (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas)

Valore Atteso: da definire a livello locale

3. Garantire la tempestività dell'intervento

La precocità dell'intervento chirurgico è uno degli obiettivi principali da perseguire, che nella nostra Regione costituisce da diversi anni obiettivo dei Direttori Generali. Diversi studi, condotti anche sulla popolazione italiana, hanno rilevato un'associazione fra ritardo dell'intervento e incremento della mortalità a breve e a lungo termine. L'effetto negativo sembra aumentare progressivamente con l'aumento del tempo di attesa ed è massimo nei pazienti trattati con terapia conservativa. Ritardi oltre le 48 ore sono stati associati a un raddoppio del rischio di complicanze mediche maggiori (embolia polmonare, eventi cardiaci che richiedono trasferimenti in Unità Coronarica, sepsi, insufficienza renale con dialisi, insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione assistita) ma anche ritardi oltre le 24 ore aumentano il rischio di eventi avversi definiti "minori", quali delirium, trombosi venose profonde, infezioni, eventi cardiaci e polmonari senza necessità di trattamenti

intensivi. Si ricorda come sulla precocità di intervento possano incidere in maniera negativa, assieme ad altri fattori, anche i tempi per l'esecuzione preoperatoria di indagini diagnostiche (spesso di secondo livello) e laboratoristiche ridondanti, che possono avere ruolo nell'ambito di una chirurgia elettiva.

Indicatore: %percentuale pazienti operati entro 48 ore (criteri inclusione/esclusione PNE)

Valore Atteso: ≥85%

4. Garantire la mobilitazione precoce

La rapida ripresa della mobilità dopo l'intervento chirurgico rappresenta un punto cardine del percorso del paziente anziano con FFP. Il paziente clinicamente compensato e con sintesi stabile deve iniziare la mobilitazione in prima giornata postoperatoria, secondo un protocollo formalizzato e condiviso dal team multidisciplinare. Dopo l'intervento chirurgico, anche brevi ritardi nella mobilitazione possono comportare un aumento della incidenza di complicanze, quali polmoniti e delirium, e aumentare la durata della degenza. Un ritardo oltre 48 ore nella mobilitazione postoperatoria, potrebbe vanificare l'effetto positivo dell'intervento chirurgico. Una ripresa tempestiva della deambulazione accelera, invece, il recupero funzionale e aumenta la probabilità che il paziente sia dimesso direttamente al domicilio oppure trasferito precocemente presso un centro di riabilitazione.

Sarà necessario formalizzare ed implementare un protocollo aziendale condiviso per avviare la mobilitazione precoce.

Indicatore: % pz con carico precoce entro 48 h post-operatorie

Valore Atteso: v.a. ≥ 80%

5. Mortalità ad 1 anno

Uno dei principali obiettivi del presente PDTA è garantire un intervento chirurgico tempestivo al fine di ridurre significativamente i tempi di degenza ospedaliera, la morbosità (lesioni da pressione, polmoniti, complicanze tromboemboliche) e la mortalità. Pertanto un importante indicatore di esito è rappresentato dal tasso di mortalità dei pazienti ≥65 anni affetti da FFP trattati chirurgicamente ad un anno dall'intervento.

Indicatore: % di pazienti deceduti ad un anno dall'intervento (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas).

7. INDICAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA A LIVELLO LOCALE

Il presente PDTA è il documento regionale di implementazione delle Linee Guida Nazionali SIOT/SNLG (1). Il PDTA dovrà necessariamente essere implementato a livello locale a seconda dei livelli clinico-organizzativi di ciascuna struttura sanitaria. Il processo di implementazione prevedrà a livello locale l'organizzazione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di una procedura clinico-organizzativa a cui seguirà una delibera aziendale, l'informazione e la diffusione della stessa, la formazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti, il monitoraggio sul processo di adesione alla procedura e l'aggiornamento della stessa.

La procedura locale, nello specifico, oltre alla descrizione delle attività così come previste dal PDTA, dovrà descrivere dettagliatamente chi fa cosa e come, in una matrice delle responsabilità, così come dovrà indicare in maniera puntuale il monitoraggio con i suoi indicatori locali, secondo i principi previsti dal PDTA stesso, specificandone gli strumenti per l'acquisizione delle rilevazioni di monitoraggio (fonte dei dati).

Al fine di facilitare l'organizzazione e quindi l'elaborazione della procedura locale, di seguito vengono riportati alcuni degli snodi clinico-organizzativi critici su cui porre l'accento per raggiungere gli obiettivi previsti dal PDTA.

Snodo 1: Trasferimento del paziente dal P.S.

La mancanza di posti letto all'interno delle strutture sanitarie può rappresentare un elemento critico che impedisca il raggiungimento dell'obiettivo previsto (intervento chirurgico entro 48 h). Bisognerà, quindi, prevedere all'interno delle strutture sanitarie dei percorsi formalizzati per il trasferimento del paziente giunto in PS tra una struttura e l'altra o all'interno della stessa struttura in extralocazione.

Qualora il paziente venga trasferito in struttura sanitaria diversa, sempre ai fini di ottimizzare l'assistenza al paziente e assicurare la continuità assistenziale, è necessario che la documentazione sanitaria prodotta in quella struttura sia trasferita assieme al paziente, onde evitare il prolungamento delle tempistiche e nell'ottica **dell'ottimizzazione della spesa pubblica**.

Snodo 2: Esami preoperatori e consulenze

Gli esami preoperatori e le consulenze possono rappresentare un imbuto organizzativo che può determinare un ritardo nell'espletamento dell'intervento chirurgico, così come raccomandato dalle Linee Guida SIOT, ovvero entro 48 ore dal trauma.

Bisognerà quindi:

- formalizzare all'interno della procedura aziendale i modi (urgenza o richiesta ordinaria), i tempi ed i luoghi (Pronto Soccorso o U.O.C.) dell'esecuzione degli esami preoperatori e delle consulenze previste;
- se non esistenti, implementare le Linee Guida sull'utilizzo degli esami preoperatori (SNLG) (7) per standardizzare la presa in carico del paziente chirurgico sin dal suo accesso al PS.

Snodo 3: Attivazione DMPO per DOP

La dimissione del paziente in struttura protetta può allungare i tempi di degenza, motivo per il quale è necessario che nella procedura aziendale sia dettagliato questo passaggio assistenziale. In

particolare, così come già descritto nel PDTA, è necessaria una valutazione del paziente per quel che concerne il setting di provenienza, la dipendenza assistenziale e la fragilità clinica già all'ingresso in reparto. In caso di pazienti in condizioni cliniche precarie per le quali si renderà necessaria la richiesta di DOP al fine di garantire la continuità delle cure, bisognerà definire all'interno della procedura aziendale un percorso organizzativo **integrato tra il reparto, la Direzione Medica di Presidio ed il Distretto Socio-Sanitario**.

Snodo 4: Consulenza cardiologica

La consulenza cardiologica, qualora prevista come da Linee Guida della Task Force ESC (21), può rappresentare, se non standardizzata, un elemento di discrezionalità che potrebbe dilatare i tempi pre-operatori. A tal fine, se non presente, sarà necessario implementare la predetta Linea Guida con una procedura aziendale per:

- uniformare e standardizzare i comportamenti degli operatori sanitari;
- definire le tempistiche di esecuzione degli accertamenti richiesti, che non dovranno superare le 12 ore dalla consulenza effettuata.

Snodo 5: Attivazione sala operatoria

L'inserimento dell'intervento di FFP in sala operatoria può rappresentare, se non standardizzato, un elemento di criticità che potrebbe allungare i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico entro 48 ore. Pertanto, le strutture sanitarie dovranno formalizzare una procedura aziendale in cui definire il percorso chirurgico del paziente con frattura di femore all'interno del blocco operatorio da potersi effettuare entro 48 ore, o in elezione o in urgenza, essendo la FFP una urgenza differibile.

Snodo 6: Attivazione della consulenza fisiatrica

La riabilitazione precoce, che dovrà essere avviata entro 48 ore dall'intervento chirurgico così come previsto dalle Linee Guida SIOT, può rappresentare un vulnus organizzativo che impedisca il perseguimento degli obiettivi regionali.

In previsione dell'intervento chirurgico, pertanto, si renderà necessario definire all'interno della procedura aziendale le modalità ed i tempi con cui attivare la consulenza fisiatrica, laddove presente lo specialista in riabilitazione. Qualora questi non sia presente, sarà compito della struttura sanitaria individuare il referente ortopedico che abbia competenze riabilitative necessarie.

Snodo 7: Prescrizione di presidi e ausili

La mancata preventiva prescrizione di presidi e ausili prima della dimissione rappresenta una criticità che aumenta il tempo di degenza intraospedaliera del paziente, ritarda l'inizio del percorso riabilitativo, allunga le liste di attesa territoriali/ambulatoriali oltre che rendere difficoltoso il percorso clinico al paziente e alla sua famiglia. Pertanto bisognerà definire all'interno della procedura aziendale chi dovrà provvedere e quando alle predette prescrizioni.

Snodo 8: Approvvigionamento farmaci

Il mancato approvvigionamento dei farmaci a carico della Farmacia Ospedaliera alla dimissione del paziente rappresenta una criticità in quanto rende difficoltoso il percorso clinico al paziente e alla sua famiglia, determina un sovraccarico di lavoro del MMG, incrementa la spesa farmaceutica pubblica. A tal fine, così come previsto dalla Legge, sarà necessario ribadire nella procedura aziendale le modalità di approvvigionamento dei farmaci.

Snodo 9: dimissione del paziente in RSA

La gestione organizzativa della dimissione del paziente in RSA rappresenta una criticità in considerazione dei tempi per la sua realizzazione (comunicazione al Distretto, convocazione UVM, ecc.). È necessario, quindi, formalizzare una procedura aziendale che definisca il percorso da avviare per l'organizzazione del trasferimento del paziente dall'ospedale in RSA, che deve esaurirsi in 5 giorni a partire dalla richiesta da parte dell'U.O. Lo scopo è quello di garantire un ottimale recupero funzionale del paziente, così come previsto da Linee Guida SIOT, la riduzione del rischio infettivo, dell'ospedalizzazione, del disagio del paziente e della sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

1. SIOT. *Linea Guida SIOT "Fratture Del Femore Proximale Nell'anziano" 2021*; SNLG, <https://siot.it/wp-content/uploads/2022/01/LG-380-SIOT-Fratture-Femore-anziano-1.pdf>.
2. Regione Sicilia, Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore.
3. Regione Abruzzo Recepimento DGR n. 807 del 22.12.2017 "Linee Guida Regionali-PDTA Frattura del collo del femore".
4. Tsai I-P, Jeong SY-S, Hunter S. *Pain Assessment and Management for Older Patients with Dementia in Hospitals: An Integrative Literature Review. Pain Manag Nurs* 2018.;19(1):54–71).
5. *Raccomandazione Ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso"* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf.
6. (NICE), National Institute for Health and Clinical Excellence. Hip fracture. The management of hip fracture in adults, June 2011.
7. SNLG. *Linee Guida sull'utilizzo degli esami preoperatori* [file:///C:/Users/cto4039247/Downloads/espreop-documento2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cto4039247/Downloads/espreop-documento2%20(1).pdf).
8. (SIAARTI), Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. Buone Pratiche Cliniche SIAARTI, Oct 2018.
9. *Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia* https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/10/LG-314-SIGG_multimorbilit%C3%A0-e-polifarmacoterapia_rev3.pdf. SNLG.
10. Bai J, Hashimoto J, Nakahara T, Suzuki T, Kubo A. Influence of ageing on perioperative cardiac risk in noncardiac surgery, *Age Ageing*, 2007; 36(1): 68-72.
11. Barsoum WK, Helfand R, Krebs V, Whinney C. Managing perioperative risk in the hip fracture patient, *Cleveland Cl J of Med*, 2006; 73: 46-50.
12. *Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial.* Maite Vidán, José A Serra, Concepción Moreno, Gerardo Riquelme, Javier Ortiz. 2005.
13. *Raccomandazione n. 17 - Riconciliazione della terapia farmacologica* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2354_allegato.pdf.
14. Salute, Ministero della. *Linee guida per la prevenzione Linee guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie, 2020.*
15. *Circolare Regione Puglia n. AOO 152/211 del 20.01.2020: "Circolare Ministeriale DGPRE 0035470/2019 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)".*
16. *Raccomandazione Ministeriale n.13 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf.

17. Antonino Cartabellotta, Angela Peghettii. Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale. 2014.
18. *Raccomandazione Ministeriale n.7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_675_allegato.pdf.
19. *Raccomandazione Ministeriale n. 12, Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1307_allegato.pdf.
20. Biggi F, Randelli F, Romanini E, danelli G, Della rocca G, Laurora N R, et al. Intersociety consensus statement on antithrombotic prophylaxis in orthopaedics and traumatology, *J Orthopaed Traumatol* DOI: 10.1007/s10195-012-0214-y, 2012.
21. Task Force ESC, Linee guida per la valutazione preoperatoria del rischio cardiaco e la gestione perioperatoria del paziente cardiopatico nella chirurgia non cardiaca, *G Ital Cardiol* 2010; 11 (10 Suppl 2): e136-e181).
22. Legge 22 dicembre 2017, n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, *GU Serie Generale n. 12 del 16-01-2018*.
23. SIOT, SNLG. Prevenzione delle infezioni in chirurgia ortopedica.
24. RS, Garden. *Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. J Bone Joint Surg Br* 1961;43:647-64.
25. Kazley JM, Banerjee S, MBBS, Abousayed MM, Rosenbaum AJ. *Classifications in Brief: Garden Classification of Femoral Neck Fractures. Clin Orthop Relat Res. 2018 Feb; 476(2): 441-445. .*
26. *Raccomandazione Ministeriale n.3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf.
27. *Raccomandazione Ministeriale n.2 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_585_allegato.pdf.
28. *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf.
29. *Raccomandazione Ministeriale n.9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_844_allegato.pdf.
30. Piera Poletti, CEREF. Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza, <https://careonline.it/wp-content/uploads/2012/10/ParolaChiaveHandover.pdf>.
31. OMS. *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (International Classification of Functioning, Disability and Health), 2005*.
32. *Regolamento Regionale n.3 19 febbraio 2013, Regolamento della Regione Puglia della distribuzione diretta di farmaci, ai sensi dell'art. .12*.
33. *Regolamento Regionale 13 ottobre 2017, n. 17, "Disciplina delle prescrizioni farmaceutiche"*.
34. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 108 del 06-08-2013 DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 1 luglio 2013, n. 1195.

35. REGIONI, SNLG. National Early Warning Score (NEWS) Misurazione standardizzata della gravità della malattia
<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/National+early+warning+score+%28NEWS%29/072cf23a-213e-4dac-9ad3-4070579417fa>.
36. Fabio Salvi, MD, Mark D. Miller, MD, Adele L. Towers, MD, Valeria Morichi, MD, e Paolo Dessi Fulgheri, MD. *Manuale di linee guida per la valutazione della scala di comorbidità «Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)», Manuale CIRS, tradotto dall'ANQ, versione 10/2013.*
37. *Legge 833 del 23 dicembre 1978, ex art. 26.*
38. 22-04-2015., Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 56 suppl. del. Regolamento regionale "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento. *requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici*".
39. Deliberazione della Giunta Regionale n. 750 del 13 aprile 2015 approvazione della DGR n. 630/2015 Allegato 2 "Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari Integrate" .
40. Deliberazione della Giunta Regionale 12 dicembre 2011, L.R. n. 2/2010. L.R. n. 4/2010. R.R. 6/2011. DGR n.691/2011. Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte eanziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili(S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale.
41. REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 4. "Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti."

ALLEGATO N. 1**Nuova codifica di priorità e tempi di attesa (Triage: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa) – “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”**

[<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1#:~:text=Si%20adotta%20un%20sistema%20di, minuti%20per%20le%20non%20urgenze>]

CODICE		Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa per l'accesso alla rete di trattamento
Numero	Colore			
1	Rosso	Emergenza	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	Arancione	Urgenza	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	Azzurro	Urgenza differibile	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	Verde	Urgenza minore	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONOSPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	Bianco	Non urgenza	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

ALLEGATO N. 2**Gestione del dolore secondo le Linee Guida SIOT (1)**

Raccomandazioni

- **Si raccomanda di**
 - Valutare sistematicamente il dolore attraverso scala idonea
 - all'arrivo in ospedale
 - entro 30 minuti dalla somministrazione dei primi analgesici
 - ogni ora fino all'avvenuto trasferimento in reparto
 - regolarmente nell'ambito dell'osservazione infermieristica di routine nel corso del ricovero.
 - Trattare il dolore immediatamente all'arrivo in ospedale del paziente con sospetta frattura del femore prossimale, anche in caso di deterioramento cognitivo.
 - Scegliere analgesico e dosaggio adeguati all'età ed effettuare un controllo stretto per i possibili effetti collaterali.
 - Assicurarsi che il trattamento antalgico sia sufficiente a consentire i movimenti necessari alle procedure diagnostiche (come indicato dalla capacità di sopportare l'extrarotazione passiva dell'arto), alle cure assistenziali e alla riabilitazione.
 - Somministrare paracetamolo come analgesico di prima scelta ogni 6 ore, a meno di controindicazioni
 - Somministrare oppioidi se il paracetamolo da solo non è sufficiente
 - Aggiungere il blocco nervoso periferico per alleviare il dolore e limitare l'uso degli oppioidi.
- **Si sconsiglia l'uso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS).**

ALLEGATO N. 3

Considerazioni per l'operabilità e l'esecuzione di anestesia locoregionale nei pazienti in trattamento con anticoagulanti e antiaggreganti secondo le Linee Guida SIOT (1)

Farmaco	Emivita di eliminazione	Gestione	Accettabile per anestesia spinale
Warfarina	4-5 giorni	1-3 mg vitamina K ev, INR dopo 4-6 h, può essere ripetuto o considerare PPC per reversal	INR < 1.5
Clopidogrel*	effetto irreversibile sulle PLT	procedere con la chirurgia, monitorizzare perdite, se sanguinamento importante considerare trasfusione di PLT	in monoterapia: valutare rischio/beneficio in DAPT: AG + BP
Aspirina*	effetto irreversibile sulle PLT	procedere con la chirurgia, continuare la terapia	in monoterapia
Ticagrelor*	8-12h	procedere con chirurgia in AG + BP, monitorizzare le perdite, se importante sanguinamento considerare trasfusione di PLT	dopo 5 giorni dopo trasfusione PLT almeno 6h dall'ultima dose
Eparina non frazionata	1-2 h	2-4 h pre op stop eparina ev	4h
EBPM sc dose profilattica	3-7h	ultima dose 12h preop	12h
EBPM sc dose terapeutica	3-7h	ultima dose 12-24h preop monitorare perdite ematiche	24h
Xabani: Rivaroxaban Apixaban Edoxaban	7-10h 12h 10-14h	chirurgia/anestesia dopo 24h se funzionalità renale ok	se funzionalità renale ok 2 emivite/24 h dopo l'ultima dose
Dabigatran	12-24h	procedere se TT normale, se TT allungato considerare reversal con idarucizumab	con TT normale 30' dopo reversal con idarucizumab

AG=anestesia generale, BP=blocco periferico, DAPT=doppia antiaggregazione, INR=international normalised ratio, EBPM=eparina a basso peso molecolare, ev=endovena, PPC=complesso protrombinico concentrato, PLT=piastri, sc=sottocute, TT=tempo di trombina

*Il Dirigente della Sezione
Strategie e Governo dell' Offerta
(Mauro Nicastro)*

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 06-03-2023 12:15:12
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023