

Proposta Numero: **DEL-3018-2023**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO  
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL\_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **2610**

DATA REGISTRO: **27/11/2023**

NUMERO REPERTORIO: **5097**

OGGETTO: **PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI =65 ANNI  
CON FRATTURA DI FEMORE”  
Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del  
06.03.23**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO  
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO:	ASL_TA
REGISTRO:	DELIBERAZIONI
NUMERO:	2610
DATA:	27/11/2023
OGGETTO:	<b>PDIA "GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI =65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE"</b> Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23

Sottoscritto digitalmente da:

dr. Vito Gregorio Colacicco in qualità di Direttore Generale nominato con D.G.R. n. 99 del 07/02/2022  
con il parere favorevole del dr. Sante Minerba - Direttore Sanitario  
con il parere favorevole del dott. Vito Santoro - Direttore Amministrativo

Struttura proponente : **Rischio Clinico**

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: GIUSEPPE CARBOTTI

Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

DOCUMENTI:

*Documento*

*Impronta Hash*

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

53A88D999F9E49D58CA63B8EC9603F2DD65E8E0177

197C1AFF0A7B77DD8D13DA

*L'originale del provvedimento indicato nel presente frontespizio, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente e deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.*

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE** (nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 99 del 07/02/2022)

**OGGETTO: PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI =65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”**

**Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23**

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente Responsabile S.S.D. Rischio Clinico, che attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

**Premesso** che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività, i comportamenti e ridurre la discrezionalità del singolo operatore;

**Ritenuto** che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

**Considerato** che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all’esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l’efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l’omogeneità di comportamenti tra i membri dell’equipe;

**Vista** la Deliberazione della Giunta Regionale N. 266 del 06/03/2023 del Registro delle Deliberazioni “*Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”*”);

**Viste** le Linee Guida SIOT “ Linea Guida “Fratture del Femore prossimale nell’anziano ” (2022) “ Sistema Nazionale la Linee guida – 10 gennaio 2022;

**Viste** le “*Linee guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie*”; del Ministero della Salute 2020;

**Considerato che** le evidenze scientifiche indicano che l’allungamento dei tempi di attesa si riflette sull’aumento dei tempi di degenza con conseguente aumento della morbosità ,della mortalità e peggiori risultati dei programmi di riabilitazione;

L’Istruttore: CPS-Infermiere Dr.ssa Irene Friuli

Il Responsabile Dr Giuseppe Carbotti

I soggetti di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa e dei regolamenti aziendali e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d’ufficio.

I medesimi soggetti attestano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

## **D E L I B E R A**

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

**Di approvare** il PDTA "GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE" "Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n.266 del 06.03.23.in allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

**Di trasmettere** il presente provvedimento, a mezzo procedura informatizzata interna ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL che ne assicureranno loro tramite la diffusione Direttori ed ai Responsabili delle Unità Operative interessate.

### **PDTA "GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE"**

**Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n.  
266 del 06.03.23**

Con la sottoscrizione del presente provvedimento, i Direttori attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

*Il numero di registro e la data del presente provvedimento, nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.*

**PDTA "GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE"**  
**Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23**

Data Redazione	<b>08.05.2023</b>
Gruppo di lavoro	<p><b>Dr. M. G. Balzanelli</b> Direttore SC C.O. Dipartimento SET 118  <b>Dr.ssa F. Giannoccaro</b> Dirigente Medico Dipartimento SET 118  <b>Dr. A. Ricotta</b> Coordinatore Dipartimento MeCAU  <b>Dr. F. Turco</b> Direttore MeCAU PO Manduria  <b>Dr.ssa A. Valentini</b> Direttore FF. MeCAU PO Santissima Annunziata  <b>CPSE Dott. G. Quarto</b> Coordinatore MeCAU PO Santissima Annunziata  <b>Dr.ssa M. Tampoia</b> Direttore SC Patologia Clinica PO Santissima Annunziata  <b>Dr. M. Cacciapaglia</b> Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione POC  <b>Dr.ssa C. Dimito</b> Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione Castellaneta  <b>Dr. A. Rubino</b> Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione Martina Franca  <b>Dr. F. Carrieri</b> Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione POC  <b>CPSE Dott.ssa V. Cavallo</b> Coordinatore Quartiere operatorio PO Santissima Annunziata  <b>Dr. G. Luzzi</b> Direttore SC Cardiologia UTIC POC  <b>Dr. L. Scialpi</b> Direttore SC di Ortopedia e Traumatologia PO Santissima Annunziata  <b>Dr. G. Battista</b> Direttore SC Ortopedia e Traumatologia Castellaneta  <b>Dr. N. Pellicani</b> Direttore SC di Ortopedia e Traumatologia Martina Franca  <b>Dr. M. Di Francesco</b> Dirigente Medico SC Ortopedia PO Santissima Annunziata  <b>Dr.ssa B. Decillis</b> Dirigente Medico SC Ortopedia PO Castellaneta  <b>CPSE Dott.ssa M. Murciano</b> Coordinatore SC Ortopedia e Traumatologia  <b>Dr.ssa A. Amati</b> Responsabile SSD Medicina Fisica e Riabilitazione  <b>Dr. M. Parabita</b> Dirigente Medico SSD Medicina Fisica e Riabilitazione</p> <p><b>Dr.ssa M.G. Maluccio</b> Direzione Medica POC  <b>Dr.ssa M. Ciaravolo</b> Direzione Medica POC  <b>CPSI Dr.ssa P. Falco</b> Direzione Medica POC</p> <p><b>Dr.ssa L. Nardelli</b> Rischio Clinico  <b>Dr.ssa L. Innamorato</b> Rischio clinico  <b>CPSI Dott.ssa Irene Friuli</b> Rischio clinico</p>
Verifica	<p><b>Dr.ssa M. Leone</b> Direzione Medica POC  <b>Dr. G. Malagnino</b> Direzione Medica PO Martina Franca  <b>Dr.ssa V.M. Vinci</b> Direzione Medica PO Castellaneta  <b>Dr.ssa I. Pandiani</b> Direzione Medica PO Manduria  <b>Dr. G. Carbotti</b> Resp. SSD Rischio Clinico</p>
Approvazione	<p><b>Dr. V. G. Colacicco</b> Direttore Generale ASL TA  <b>Dr. S. Minerba</b> Direttore Sanitario ASL TA</p>

## Sommario

<u>1.</u>	<u>PREMESSA.....</u>	<u>3</u>
<u>2.</u>	<u>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....</u>	<u>3</u>
<u>3.</u>	<u>TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....</u>	<u>4</u>
<u>4.</u>	<u>MODALITÀ OPERATIVE .....</u>	<u>5</u>
4.1	FASE PRE-OSPEDALIERA (A CURA DEL SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE 118) .....	6
4.2	FASE OSPEDALIERA.....	7
	<u>FASE DI ACCOGLIENZA IN PS/DEA .....</u>	<u>7</u>
	<u>FASE PRE-OPERATORIA.....</u>	<u>9</u>
	<u>FASE OPERATORIA .....</u>	<u>13</u>
	<u>FASE POST-OPERATORIA .....</u>	<u>15</u>
	<u>TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN REPARTO .....</u>	<u>16</u>
4.3	FASE POST-OSPEDALIERA: GESTIONE POST-ACUZIE .....	18
	<u>BIBLIOGRAFIA .....</u>	<u>24</u>
	<u>ALLEGATO 1- PROCEDURA SCREENING PER LA SORVEGLIANZA DEI MICRORGANISMI RESISTENTI NEI PAZIENTI ORTOPEDICI .....</u>	<u>25</u>
	<u>ALLEGATO N. 2- CONSIDERAZIONI PER L’OPERABILITÀ E L’ESECUZIONE DI ANESTESIA LOCOREGIONALE NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON ANTICOAGULANTI E ANTIAGGREGANTI SECONDO LE LINEE GUIDA SIOT .....</u>	<u>27</u>

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 3 di 27
---	--	--

## 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.

Come riportato dal **PDTA della Regione Puglia (Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.2023) “Gestione Integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”**, i dati epidemiologici mostrano come oltre il 90% delle fratture di femore prossimali colpiscono soggetti di età superiore ai 65 anni e sono il risultato di cadute accidentali o traumi associati a osteoporosi/ridotta massa ossea e ad altre condizioni mediche generali.

Le Linee Guida SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia) del 2021 pubblicate dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) raccomandano 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"; infatti, la tempestività dell’intervento chirurgico è il principale fattore in grado di modificare l’esito della patologia e rappresenta un importante indicatore della qualità del processo assistenziale.

A tal proposito le evidenze scientifiche indicano come l’allungamento dei tempi di attesa si riflette sull’aumento dei tempi di degenza con conseguente aumento della morbosità (lesioni da pressione, polmoniti, complicanze tromboemboliche), della mortalità e peggiori risultati dei programmi di riabilitazione.

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) sulla base di un modello di integrazione multidisciplinare tra Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) comprendente 118 e PS, Servizi Diagnostici comprendenti le UU.OO. Ortopediche-Traumatologiche, di area Medico-Geriatria-Cardiologica e Anestesiologiche dei Quartieri Operatori.

## 2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La codifica del PDTA **“Gestione Integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”** nella ASL Taranto persegue l’obiettivo di ottimizzare il processo assistenziale di gestione

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 4 di 27
---	--	--

del paziente  $\geq 65$  anni con frattura prossimale del femore, adeguandolo al contesto aziendale, alle linee guida ufficiali, alle raccomandazioni di società scientifiche e agli indirizzi Regionali.

Il presente documento si propone di contestualizzare il percorso in sicurezza del Paziente e la continuità assistenziale mediante la riduzione degli interventi inappropriati, la rintracciabilità e verificabilità di tutte le azioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali al fine di attuare l'intervento chirurgico nel più breve tempo possibile (non oltre le 48 ore).

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 ed Emergenza Territoriale 118, la presente procedura si applica in tutte le UU.OO. dell'ASL Taranto.

Le indicazioni contenute nel presente documento sono indirizzate a pazienti di ambo i sessi con diagnosi di frattura di femore prossimale (FFP), ovvero fratture intracapsulari (composte e scomposte) ed extracapsulari (trocanteriche e sottotrocanteriche) di età  $\geq 65$  anni; dunque, che non si applicano 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.

### 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CO	Centrale Operativa
DAT	Disposizioni Anticipate di Trattamento
DPO	Dimissione ospedaliera protetta
ECG	Elettrocardiogramma
E/U	Emergenza/Urgenza
FFP	Frattura di Femore Proximale
FC	Frequenza Cardiaca
FR	Frequenza Respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
HUB	Ospedale/DEA II Livello

NEWS	National Early Warning Score
PA	Pressione Arteriosa
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
PO	Presidio Ospedaliero
PPOO	Presidi Ospedalieri
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PS/DEA	Pronto Soccorso Generale-Dipartimento di Emergenza Accettazione
PTC	Prehospital Trauma Care
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
RM	Risonanza Magnetica
RX	Radiografia
RTS	Revised Trauma Score
SO	Sala Operatoria
SIAARTI	SocietàItalianadiAnestesia,Analgesia,RianimazioneeTerapiaIntensiva
SIOT	Società Italiana di Ortopedia eTraumatologia
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
VAS	Visual Analogue Scale

#### **4. MODALITÀ OPERATIVE**

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

- a. Fase pre-ospedaliera: Servizio di Emergenza Territoriale (118);
- b. Fase ospedaliera ,a sua volta suddivisa in:

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 6 di 27
---	--	---

- Fase di Accoglienza in PS/DEA
- Fase pre-operatoria
- Fase operatoria
- Fase post-operatoria

c. Fase post-ospedaliera: gestione post-acuzie;

#### **4.1 FASE PRE-OSPEDALIERA (A CURA DEL SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE 118)**

L’infermiere Operatore di Centrale Operativa 118 (CO-118), ricevuta una richiesta di soccorso, riconducibile a trauma, effettua un’intervista telefonica (dispatch) ed assegna all’intervento, secondo codifica nazionale, un codice missione, alfanumerico, comprendente un codice di patologia prevalente, nel caso specifico, “C01” e un codice colore in relazione alla gravità dell’evento (secondo DM 15 maggio 1992):

- “R” Rosso, molto critico, intervento in emergenza.
- "G": giallo, mediamente critico, intervento indifferibile-urgente
- “V”: verde, poco critico, intervento differibile;

L’Infermiere Operatore di CO fornisce, inoltre, agli astanti le istruzioni pre – arrivo (*first aid*), attiva il mezzo di soccorso più idoneo tra quelli disponibili, comunicando, eventualmente all’equipaggio dettagli rilevanti sul caso circa la dinamica dell’evento e dati clinici attinenti.

Giunti sul posto gli operatori provvedono a:

- Valutare la sicurezza della scena;
- Rilevare i parametri vitali: stato di coscienza, GCS, RTS, PA, FC, FR, SpO2, ECG, glicemia;
- Effettuare esame testa-piedi (secondo le linee guida del PTC);
- Valutare il dolore se spontaneo o provocato e l’intensità dello stesso mediante Scala VAS;
- Raccogliere l’anamnesi farmacologica;
- Comunicare alla C.O. 118 quanto emerso dalle valutazioni, con particolare attenzione circa eventuali segni di trauma maggiore ed instabilità emodinamica e nel caso specifico,

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 7 di 27
---	--	--

l'esame obiettivo degli arti inferiori con particolare riferimento alla deformità, accorciamento, extra rotazione dell'arto, fratture esposte, presenza di emorragie e relative caratteristiche;

- Stabilizzare il paziente se indicato;
- Immobilizzare l'arto con il presidio idoneo;
- Praticare emostasi meccanica se indicato;
- Somministrare terapia antalgica se indicata e praticabile;

La CO 118 fornisce indicazioni relative al trattamento (nel caso in cui non vi sia medico a bordo dell'ambulanza) e all'ospedale di destinazione che sarà il più vicino tra quelli idonei dotati di Unità Operative (UOO) di Ortopedia e Radiologia.

In presenza di concomitante Trauma Cranico Commotivo o Trauma maggiore l'ospedale di destinazione è l'HUB provinciale ovvero il DEA di II livello, “SS Annunziata” di Taranto.

#### **4.2 FASE OSPEDALIERA**

Il processo assistenziale ospedaliero consta di una sequenza di attività, correlate ed integrate tra loro, che possono essere così individuate:

- Fase di Accoglienza in PS/DEA
- Fase pre-operatoria
- Fase operatoria
- Fase post-operatoria

#### **FASE DI ACCOGLIENZA IN PS/DEA**

L'obiettivo di questa fase, come raccomandato dalle Linee Guida SNLG-SIOT, 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.**

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 8 di 27
---	--	--

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

- 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.

**L’infermiere del triage** nel sospetto di frattura del femore prossimale deve attivare l’iter previsto nei tempi raccomandati attribuendo correttamente il codice di triage:

- se il motivo dell’accesso del paziente è esclusivamente la FFP è necessario attribuire il **codice triage di colore arancione** (urgenza) o **il corrispettivo codice numerico 2**, al fine di consentire la presa in carico del paziente entro 15 minuti. Il paziente deve essere periodicamente rivalutato e, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, deve essere attribuito un codice rosso ovvero codice 1.
- se coesistono altre manifestazioni acute urgenti di natura medica (es. cardiopatie, broncopneumopatie, insufficienza d’organo scompensate) e/o chirurgica (es. politrauma), il **codice di attribuzione deve essere rosso** o il corrispettivo codice numerico 1.

**Il Medico di Pronto Soccorso deve:**

- Provvedere ad un primo inquadramento diagnostico attraverso l’anamnesi, l’esame obiettivo e la rivalutazione del dolore;
- Richiedere esami strumentali (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, si consiglia approfondimento diagnostico strumentale (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

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 9 di 27
---	--	--

Tomografia computerizzata);

- Richiedere **consulenza ortopedica**. È auspicabile che la consulenza specialistica sia eseguita prima del ricovero al fine di inquadrare al meglio il paziente onde garantire la sicurezza dei successivi atti terapeutici. Nel caso in cui non coesistano altre manifestazioni acute urgenti (cardiopatie, broncopneumopatie, insufficienza d’organo scompensate, politrauma), la consulenza ortopedica si conclude con l’indicazione terapeutica e, dunque, il paziente deve essere ricoverato presso la UOC di Ortopedia dello stesso Ospedale o, in mancanza di posti letto, extra locato in altra U.O. come da procedura aziendale deliberazione del D.G. n. 2664 del 2.12.2022, previ accordi con la UOC di Ortopedia e Traumatologia o trasferito presso un’altra Struttura Ospedaliera;
- Eseguire gli esami ematochimici di routine. In caso di severa anemia, al fine di procedere tempestivamente nell’iter assistenziale del paziente, è necessario avviare l’iter trasfusionale.
- Richiedere ulteriori consulenze specialistiche/esami strumentali (RX torace) secondo il parere del medico del Pronto Soccorso che ha in carico il paziente.
- Avviare eventuale trattamento farmacologico comprendente terapia antalgica, scegliendo l’analgésico adeguato all’età del paziente (somministrandolo il più precocemente possibile); si suggerisce di somministrare paracetamolo come analgesico di prima scelta ogni 6 ore se non controindicato. Somministrare oppioidi se il paracetamolo da solo non è sufficiente. Si sconsiglia l’uso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) (come da indicazioni del PDTA regionale).
- Iniziare infusione di liquidi per il mantenimento dell’equilibrio idro- elettrolitico ed eventuali altre terapia secondo giudizio del medico del PS che ha in carico il paziente.

## **FASE PRE-OPERATORIA**

La valutazione in fase pre-operatoria ha come obiettivi la gestione precoce delle condizioni di salute del paziente e delle copatologie, la pianificazione di una strategia terapeutica, con particolare attenzione alla gestione della multi morbilità e poli farmacoterapia oltre all’informazione del paziente e alla pianificazione della dimissione post-operatoria.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 10 di 27
---	--	---

Per la preparazione del paziente, nella fase preoperatoria, è necessario fare tutto il possibile per eludere le complicanze potenzialmente evitabili, che potrebbero causare: un prolungamento dell’ospedalizzazione e delle disabilità e un incremento dei costi per le famiglie e la sanità.

**Nella fase pre-operatoria l’infermiere del reparto deve:**

- **Prendere in carico il paziente** e procedere alla raccolta dati mediante la compilazione della cartella infermieristica e delle scale di valutazione, per avere un quadro chiaro generale dello stato del paziente. È necessario acquisire la documentazione in possesso del paziente e degli esiti diagnostici. Rilevare i parametri vitali, predisporre e/o verificare la pervietà dell’accesso venoso periferico e/o centrale, ponendo attenzione alla sede di posizionamento dello stesso ( distante dalla sede dell’intervento chirurgico - non in sede d’infezione o nelle immediate vicinanze di un’infezione - non in sede che possa costituire un punto di compressione - non in sedi che vengono sottoposte, per ragioni inerenti al tipo d’intervento, a movimenti di flessione). Predisporre l’inserimento di un catetere vescicale, se le indicazioni cliniche lo richiedono. Informare il paziente di tutte le procedure assistenziali infermieristiche cui sarà sottoposto nelle fasi pre, intra e post operatorie e dare informazioni principali riferite alla vita di reparto. Effettuare ECG, esami ematochimici e diagnostici, secondo prescrizione medica.
- **Eseguire tampone rettale** per la prevenzione e il controllo della diffusione di infezioni da Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi da inviare al Laboratorio centrale di Patologia clinica, come da procedura che si allega [ALLEGATO 1]. In caso di esito positivo procedere alla attuazione delle misure di isolamento descritte in allegato e nel contempo allertare la sala operatoria affinché il paziente sia inserito per ultimo in nota operatoria.
- **Valutare il dolore** secondo idonee scale di misurazione e rivalutazione periodica a seconda del caso specifico, da registrare nella documentazione sanitaria.
- **Provvedere alla ricognizione farmacologica**, così come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 17. 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. Attenersi alle prescrizioni mediche in merito all’interruzione di farmaci prescritti per le patologie di base del paziente (in particolare per paziente pediatrico, paziente diabetico e pazienti sottoposti a terapia con farmaci come antiaggreganti piastrinici, FANS, contraccettivi).

- **Valutare il rischio caduta** in modo tempestivo e puntuale. Il livello di rischio stimato nel paziente deve essere segnalato in modo evidente sulla documentazione sanitaria ad opera dell’infermiere 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.
- **Valutare il rischio di lesioni da pressione** così come definito dalla specifica procedura aziendale adottata con Delibera Aziendale n. 2714/2021.
- **Pianificare il profilo alimentare:** per il paziente che deve essere sottoposto ad intervento in anestesia locale o tronculare, seguire le indicazioni prescritte dagli anestesisti. Al paziente che deve essere sottoposto ad intervento in anestesia generale o anestesia regionale si deve: somministrare dieta semiliquida (pastina, semolino, thè) la sera prima dell’intervento, sospendere la somministrazione di alimenti/ liquidi in funzione del tipo di intervento stesso. È buona norma arrivare al tavolo operatorio a digiuno da almeno 6 ore per i cibi solidi (seguire tuttavia sempre le prescrizioni degli anestesisti) e segnalare ogni interruzione del digiuno completo all’anestesista.
- **Provvedere alla preparazione intestinale** secondo prescrizione medica e dopo aver effettuato una adeguata informazione al paziente.
- **Provvedere alla preparazione del paziente prima dell’accesso in sala operatoria** secondo procedure aziendali e buone pratiche già codificate.

**Il medico di reparto deve 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 al grado di autonomia e stato cognitivo oltre che al setting di provenienza del paziente (dipendenza assistenziale, fragilità clinica, condizioni socio-economiche e/o della rete familiare, amicale e parentale) in relazione alle quali 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;

- **Eseguire la riconciliazione farmacologica**, come definito dalla procedura aziendale di cui alla delibera n. 1688 del 13.11.2015. 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 multi morbilità e alla poli-farmacoterapia;
- **Richiedere**, ove non sia stata attuata all'accettazione del paziente in Pronto Soccorso, **consulenza cardiologica** per la stratificazione del rischio cardiologico operatorio. Valutare il rischio trombotico/emorragico ed impostare adeguata profilassi antitrombotica/antitromboembolica. 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 2]. Qualora la profilassi farmacologica non possa essere effettuata, si raccomanda comunque l'applicazione della profilassi meccanica;
- **Impostare terapia analgesica**;
- **Richiedere esami ematochimici**, comprensivi di emogruppo e prove di compatibilità trasfusionale (se non già richiesti ed effettuati in pronto soccorso). 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;

- 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 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;
- **Valutare la presenza di DAT** ed eventuale presenza di amministratori di sostegno in caso di pazienti interdetti; se il paziente non è in grado di autodeterminarsi, 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 , secondo le quali l’intervento chirurgico per FFP entro 48 ore riduce la mortalità del paziente e ne migliora l’outcome funzionale;
- Richiedere **consulenza anestesiologicala**: fermo restando che l’intervento dovrà essere svolto entro 48 h dall’evento traumatico, l’anestesista dovrà intervenire solo una volta che siano stati già eseguiti gli esami preoperatori, comprensivi degli esami radiologici, dell’ECG e della consulenza cardiologica, come previsti dalle Linee Guida SNLG. 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 anestesiologicalo**.

## **FASE OPERATORIA**

Il Chirurgo Ortopedico che inserisce il paziente in nota operatoria deve riportare:

- Tipo di intervento
- Lato
- Eventuali richieste di strumentario non standard
- Tipologia di antibioticoprofilassi
- Anestesia prevista
- Durata stimata del tempo chirurgico.

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.

## **ANESTESIA**

La pianificazione della tecnica anestesiologicala, 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 anestesiologicala 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;

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 15 di 27
---	--	---

- 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 al quanto 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.

#### **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 così come previsto dalle procedure aziendali già in uso.

#### **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).

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;
- valutazione del dolore, secondo idonee scale di misurazione e rivalutazione periodica a seconda del caso specifico, da registrare nella documentazione sanitaria, avviando, se necessario, una opportuna terapia analgesica;

- stato di ossigenazione e idratazione;
- anemia, valutando l'eventuale necessità di trasfusioni;
- 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.

## **TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN REPARTO**

La precoce ripresa della abilità di muoversi del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa. La riabilitazione del paziente con frattura di femore deve avere inizio precocemente in fase acuta, in regime di ricovero nelle UU.OO. di Ortopedia.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 17 di 27
---	--	---

Per avviare la fisioterapia, la visita può essere effettuata anche il giorno successivo all'intervento, mentre, per poter disporre l'iter riabilitativo (setting) è necessario valutare il paziente tra le 48 e le 72 ore antecedenti la presunta dimissione)

I pazienti con frattura del femore devono iniziare la riabilitazione entro massimo 48 ore dall'intervento chirurgico, 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 fisioterapico deve essere integrato da un nursing dedicato al raggiungimento di obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni da ipomobilità ed è focalizzato al recupero delle disabilità mediante un intervento in equipe, finalizzato al raggiungimento di targets funzionali.

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

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

- 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).

Questo team multidisciplinare, coordinato dal medico specialista in riabilitazione ovvero, in mancanza di questi, da un ortopedico 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 comorbidity 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.

#### **DIMISSIONE 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. Inoltre, deve provvedere a garantire la continuità del trattamento farmacologico prescrivendo i farmaci necessari per la prosecuzione della terapia.

#### **4.3 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.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 19 di 27
---	--	--

### **ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA INTENSIVA (COD. 56)**

I candidati alla riabilitazione intensiva post-acuzie sono pazienti, in condizioni cliniche stabilizzate, che richiedano un elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell’arco delle 24 ore), che non possa essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare e 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.

### **TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA POST-ACUZIE (TRIP)**

I trattamenti di riabilitazione intensiva in regime residenziale sono rivolti a pazienti che abbiano superato la fase acuta della malattia e presentano un basso rischio di instabilità clinica, ma necessitano di un **piano riabilitativo intensivo e di supporto multi- disciplinare** distribuito nell’arco delle 24 ore. Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo.

I T.R.I.P. sono strutture accessibili o in forma diretta, provenienti da strutture per acuti, o nella immediata fase post acuzie, valutate le necessità clinico riabilitativo assistenziali, del paziente. In entrambi i casi, la modulistica, adeguatamente predisposta dal medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o, ove non disponibile, dal medico specialista della struttura di ricovero per acuti che ha dimesso il paziente, dovrà essere inviata alla struttura confacente le indicazioni fornite, 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) che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), 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

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 20 di 27
---	--	---

precedenti la richiesta di dimissione.

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 proroga.

#### **ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA (COD. EX ART.26)**

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 h 24.

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.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale estensivo è fino a 60 giorni salvo proroga.

#### **RIABILITAZIONE DOMICILIARE**

Secondo quanto previsto nel Piano di indirizzo per la riabilitazione, Supplemento ordinario n.60

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 21 di 27
---	--	---

alla Gazzetta Ufficiale 02/03/2011, la restituzione del paziente al proprio ambiente di vita è l’obiettivo principale del percorso riabilitativo verso il quale devono convergere tutti gli interventi pianificati dal progetto riabilitativo individuale e pertanto occorre soddisfare questo fabbisogno reale per i pazienti.

Gli interventi riabilitativi a domicilio possono costituire in tal senso il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti all’interno del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresentando il terreno di massima cooperazione con il MMG/PLS.

Il setting domiciliare era già previsto nell’articolo 26 della Legge 833/78.

Si possono distinguere **tre diversi ambiti** di attività domiciliare ad indirizzo riabilitativo:

- 1) attività riabilitativa di recupero e rieducazione funzionale, somministrata con utilizzo dei codici del nomenclatore tariffario nazionale per l’attività ambulatoriale
- 2) interventi di valutazione funzionale per l’adattamento ambientale e la valutazione/addestramento all’utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative
- 3 ) attività di counseling e monitoraggio delle disabilità di tipo ingravescente/cronico

Occorre ribadire che il servizio di riabilitazione domiciliare deve essere riservato ai pazienti che sono impossibilitati per loro impedimenti clinici ad accedere ai servizi ambulatoriali, deve essere limitato al periodo di tempo con difficoltà all’accesso ambulatoriale in quanto gli spazi domiciliari normalmente non si prestano ad essere perfettamente funzionali per un trattamento rieducativo.

Riabilitazione domiciliare (ambito 1 sopra richiamato) in continuità terapeutica da evento acuto (specie per le patologie ortopediche e neurologiche) del paziente ospedalizzato in ambito aziendale. Durante il ricovero deve essere effettuata la visita fisiatrica che può prevedere il trattamento domiciliare entro 10 giorni lavorativi dalla dimissione (pazienti prioritari) anche a giorni alterni.

Per i candidati alla riabilitazione domiciliari che siano o meno ricoverati presso Unità Operative Ospedaliere per Acuti, o presso Unità Riabilitative Intensive (cod 56 e TRIP) o Estensive (ex art 26 Base e Grave) il PRI dovrà essere redatto dal Fisiatra inviato al D.S.S. 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.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 22 di 27
---	--	--

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 mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA, 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.

#### **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

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 23 di 27
---	--	---

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.

L’esito della valutazione avviene in corso di UVM 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, specificando il motivo della richiesta. Sarà poi cura dello specialista redigere un P.R.I. con prestazioni erogabili in struttura pubblica o privata-convenzionata.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 24 di 27
---	--	--

## BIBLIOGRAFIA

- D. Accorgi. “*Screening ricerca pazienti colonizzati da germi multiresistenti*”. Nurse24. 17.05.2021
- Deliberazione della Giunta Regionale N. 266 del 06/03/2023 del Registro delle Deliberazioni “*Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”*)
- Linee Guida SIOT “Linea Guida “*Fratture del femore prossimale nell’anziano*” (2022)” Sistema Nazionale Linee Guida – 10 gennaio 2022
- Ministero della Salute “*Linee guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie*”. 2020.

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 25 di 27
---	--	--

## **ALLEGATO 1- PROCEDURA SCREENING PER LA SORVEGLIANZA DA MICROORGANISMI RESISTENTI NEI PAZIENTI ORTOPEDICI**

La **sorveglianza** effettuata attraverso tamponi di screening microbiologici è una misura di fondamentale importanza per la prevenzione ed il controllo della diffusione di microrganismi con multiresistenza antibiotica. Tale misura è supportata dall’evidenza scientifica e da autorevoli Linee Guida internazionali (Centers for Disease Control and Prevention CDC 2006, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases ESCMID 2014).

Nei programmi di screening, i microrganismi sono individuati attraverso l’effettuazione di un tampone di sorveglianza, quindi è un intervento di natura proattiva. L’applicazione di programmi di sorveglianza attiva, dunque, è finalizzata all’individuazione precoce (screening) di un paziente colonizzato, **in assenza di segni e sintomi sospetti di infezione**, con particolare riguardo ai microrganismi GRAM-, in modo da bloccare la catena di trasmissione del microrganismo multiresistente ad altri pazienti, al personale sanitario e di assistenza ed ai familiari/visitatori/care giver, attivare le corrette misure di isolamento ed orientare, secondo criteri di appropriatezza, il percorso diagnostico-terapeutico ed una migliore gestione dei posti letto.

Nel seguente documento sono definite le modalità di esecuzione del tampone rettale di screening nei pazienti over 65 con frattura di femore, afferenti alle SS.CC. di Ortopedia, sulla base delle indicazioni contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale N. 266 del 06/03/2023.

**Indipendentemente dai risultati del tampone di sorveglianza ed ai tempi necessari alla processazione del campione, vanno sempre e comunque rispettate le norme di buona prassi igienica, con particolare riferimento all’igiene delle mani, alla gestione delle visite esterne, all’uso di DPI stratificato per livello di rischio e alla possibilità di isolamento spaziale da contatto, in attesa dell’esito del tampone.**

Per i **pazienti risultati positivi** va mantenuto l’isolamento spaziale, quando non è possibile l’isolamento in stanza singola. Per maggiori dettagli, si rimanda alle procedure presenti nel sito aziendale, al link del CIOT.

Le precauzioni specifiche e le norme di buona prassi igienica relative alla trasmissione per contatto devono essere mantenute anche in sala operatoria. Rientra nell’ambito delle misure precauzionali anche la programmazione degli interventi chirurgici; **in particolare il paziente positivo va inserito a fine seduta operatoria**, in modo tale da evitare contaminazioni e consentire un’accurata sanificazione di ambienti e superfici dopo l’intervento chirurgico.

### **PROTOCOLLO OPERATIVO**

La sorveglianza mediante tampone rettale deve essere effettuata su tutti i pazienti in ingresso, **in reparto**, secondo il criterio stabilito dalla Regione, cioè paziente over 65 e con frattura di femore (considerato che i pazienti

	<b>PDTA “GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI ≥65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE”</b> <b>Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23</b>	Versione n.01 del 08/05/2023 Pagina 26 di 27
---	--	---

a cui si riferisce il relativo PDTA deliberato sono ad elevato rischio infettivo). Se il risultato del tampone è positivo, non deve essere più eseguito l'esame.

### **PRINCIPIO DEL TEST**

La ricerca delle carbapenemasi è un test utilizzato per l'identificazione, rapida e accurata, delle carbapenemasi più diffuse (KPC, NDM, VIM, OXA-48 e IMP-1) in pazienti colonizzati da MDRO.

Il principio del test si basa sulla ricerca ed identificazione molecolare mediante reazione a catena della polimerasi (PCR, Polymerase Chain Reaction).

### **MODALITA' DI RACCOLTA DEL CAMPIONE**

La ricerca mirata di carbapenemasi si esegue mediante l'esecuzione del tampone rettale, utilizzando un dispositivo “eSwab – Copan’s Liquid Amies Elution Swab”, dedicato alla raccolta e trasporto di campioni biologici per acidi nucleici.

#### Raccomandazioni per l'esecuzione del prelievo:

- Evitare di eseguire il tampone rettale dopo pratiche assistenziali, clisteri e lavaggi interni
- Inserire il tampone sterile floccato (FLOQSwabs) nel retto attraverso l'ano fino a 2-4 cm.
- Mantenere il tampone per almeno 30 secondi nell'ampolla rettale ruotandolo contro le pareti del retto.
- Al termine di tale procedura, estrarre delicatamente il tampone ed inserirlo nella provetta contenente il terreno liquido di raccolta e trasporto.
- Non contaminare l'esterno del tampone, per evitare rischi agli operatori

### **MODALITA' DI RICHIESTA ED INVIO DEI CAMPIONI**

Il campione, dopo la raccolta, deve essere riposto e chiuso in apposita busta per il trasporto di materiale biologico ed inviato al Laboratorio, per la processazione, nel minor tempo possibile, dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 19.00, la domenica dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Il campione, dopo la raccolta, può essere conservato a temperatura controllata e compresa tra 2°C e 8°C ed inviato al Laboratorio entro massimo 24 ore.

Il test è eseguibile presso il Laboratorio di Patologia Clinica-Sezione Microbiologia del PO SS. Annunziata (tel. 099-4585892), deve essere prenotato ed accettato, mediante LIS, direttamente sul Laboratorio afferente, utilizzando il codice LIS 70360.

Codice LIS	Descrizione esame	Esito Qualitativo	TAT Analitico
70360	Ricerca carbapenemasi	Negativa/Positiva	90 minuti

## ALLEGATO N. 2- CONSIDERAZIONI PER L’OPERABILITÀ E L’ESECUZIONE DI ANESTESIA LOCOREGIONALE NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON ANTICOAGULANTI E ANTIAGGREGANTI SECONDO LE LINEE GUIDA SIOT

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, PCC=complesso protrombinico concentrato, PLT=piastriane, sc=sottocute, TT=tempo di trombina