

Prot. n° 1844 Partenza

20/12/2017

Trasmessa via e-mail P.E.C.

ALLEGATO "A"

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE



Pescara, 20 Dicembre 2017

Al Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare
Dott. Angelo Muraglia

Al Dirigente del Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
Dott. Germano De Sanctis

Al Rappresentante del Dipartimento per la Salute e il Welfare
Dott.ssa Antonia Petrucci

e, p.c.

All'Assessore alla Programmazione Sanitaria
Dott. Silvio Paolucci

OGGETTO: Accordo art. 1 comma 385 e ss. Della Legge 11 dicembre 2016, n. 232 - Programmi di miglioramento dei LEA. Trasmissione Documento Tecnico.

Pregiatissimi,

Facendo seguito alla nota direttoriale del Dipartimento per la Salute e il Welfare datata 23.11.2017, che affida alla ASR Abruzzo la redazione del documento tecnico di Linee Guida Regionali e PDTA della "Frattura del collo del femore", si trasmette l'elaborato tecnico, condiviso con le Direzioni Sanitarie Aziendali e con il gruppo regionale di lavoro composto dai professionisti coinvolti nello specifico percorso assistenziale.

Nei limiti dei tempi contingentati, l'attività del gruppo regionale è stata svolta in tre riunioni del 7, 15 e 19 dicembre 2017 u.s.

Restando a disposizione, cordiali saluti.

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 807 del 22 DIC. 2017

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniela Valenza)
DADIA LUCIANO



Il Direttore
Dott. Alfonso Mascitelli



REGIONE ABRUZZO

LINEE GUIDA REGIONALI

PDTA FRATTURA COLLO DEL FEMORE





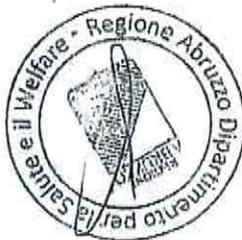
Gruppo tecnico regionale

<i>ASR-Abruzzo</i>	<i>Dipartimento per la Salute e il Welfare</i>	<i>Direzioni Sanitarie Aziendali</i>
Tiziana Di Corcia	Angelo Muraglia	Maria Teresa Colizza, ASL 201
Anita Saponari	Germano De Sanctis	Vincenzo Orsatti, ASL 202
Vito Di Candia	Antonia Petrucci	Valterio Fortunato, ASL 203
Francesca Paolucci	Virginia Vitullo	Maria Mattucci, ASL 204

Direttore ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli

Si ringraziano i Direttori delle UU.OO. di Ortopedia, Anestesia e Rianimazione, Riabilitazione, i professionisti delle diverse discipline, nonché tutti i componenti del CREA per la proficua collaborazione fornita per l'elaborazione del presente documento.



INDICE

PREMESSA	3
1. SURVEY FFP	4
2. ANALISI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO	7
3. OBIETTIVI SPECIFICI.....	13
4. MODELLO ORGANIZZATIVO.....	16
PDTA FRATTURA COLLO DEL FEMORE	18
FASE PRE-OSPEDALIERA	18
FASE IN PRONTO SOCCORSO/DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	20
FASE PRE-OPERATORIA	29
FASE OPERATORIA	31
FASE POST-OPERATORIA.....	32
5. INDICATORI	40
ALLEGATO 1.....	41

PREMESSA

Nella regione Abruzzo, le strutture ospedaliere regionali con discipline di Ortopedia in cui possono essere trattati i pazienti con frattura di femore sono 19, di cui 14 pubbliche e 5 private. A livello regionale la frattura del femore negli anziani interessa circa il 16% dei ricoveri nelle ortopedie; nella popolazione ultra sessantacinquenne rappresenta il 30% dei ricoveri totali e più del 40% delle giornate di degenza in ortopedia è legato a questo evento. Il quadro che emerge dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) negli anni dal 2011 al 2016 evidenzia una dinamica epidemiologica comparabile con altre realtà regionali, con una variazione percentuale in aumento per gli anni considerati, relativo al numero totale di casi di ricovero per frattura del collo del femore negli anziani, dell'8,5%. Dal 2014 al 2016 si è registrato un incremento della quota di soggetti operati (dal 32,7% al 43,9%), nonostante l'aumento dei grandi anziani (soggetti con età >85 anni). L'analisi secondo metodo SWOT ha consentito di evidenziare che, per quanto riguarda la tempestività dell'intervento chirurgico, la probabilità di essere operati entro le 48 ore varia, in parte, in funzione di caratteristiche individuali riferite alla comorbidità, anche se la variabile clinica del punteggio ASA non è disponibile nella SDO in quanto non ancora compilata in modo omogeneo dalle aziende sanitarie, ma al tempo stesso le criticità maggiori sono correlate a variabili organizzative, queste ultime in relazione all'ospedale di ricovero e al giorno della settimana di ammissione. Anche la degenza media dei ricoveri per frattura del collo del femore negli anziani di circa 10.6 giorni, in parte influenzata dall'attesa preoperatoria, mostra una significativa variabilità tra i diversi ospedali della regione, così come si riscontrano differenze tra le aziende sanitarie per quanto riguarda la modalità di dimissione registrata nella SDO (direttamente a domicilio, in RSA oppure in Unità Operative di lungodegenza o riabilitazione).

E' indubbio che le conseguenze delle fratture del femore sono significativamente importanti, sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico: dopo il primo ricovero in reparti per acuti, oltre la metà degli anziani necessita di ulteriore assistenza in reparti di lungodegenza e/o riabilitazione. Pertanto, l'esigenza di eseguire il trattamento chirurgico in tempi rapidi, la scelta della corretta indicazione, l'utilizzo della tecnica operatoria e dei materiali più idonei, la necessità di attivare un percorso riabilitativo rapido per ottenere la deambulazione quanto più precocemente possibile, stanno trasformando questa patologia da routinaria ad altamente specializzata, tanto da renderla indicatore dell'efficienza-efficacia del sistema sanitario e standard di esito delle cure. L'assistenza clinico-organizzativa deve, quindi, necessariamente avvalersi di professionalità



mediche e infermieristiche specificamente formate e dedicate, nonché di un'organizzazione assistenziale basata su protocolli e procedure condivise e omogenee su tutto l'ambito regionale. Per le potenziali complicanze legate all'immobilità e all'allettamento di soggetti spesso in età avanzata, il fattore tempo, inteso come ritardo dell'intervento chirurgico, si associa ad una maggiore morbilità e mortalità nel medio periodo.

Tali premesse spiegano perché la frattura di femore nel soggetto con età maggiore o uguale a sessantacinque anni deve prevedere il trattamento chirurgico entro 24-48 ore dall'accesso ospedaliero al fine di migliorare il risultato funzionale, ridurre il rischio di mortalità, la degenza ospedaliera e le complicazioni post-operatorie. Un precoce intervento diagnostico e un rapido ed efficiente trattamento di questi pazienti fratturati devono prevedere, nel modello organizzativo sanitario, obbligatoriamente, un sistema di stretta interazione e integrazione multidisciplinare nel DEA (118, PS e UU.OO. anestesiológicas-Sala Operatoria) e con i servizi diagnostici e le UU.OO. ortopediche e di area medica-cardiologica-geriatrica.

Con il Decreto del 2 aprile 2015 il Ministero della Salute ha fissato come "standard minimo" per le strutture sanitarie 75 interventi chirurgici per frattura di femore per struttura complessa e come soglia di rischio di esito il trattamento di un minimo del 60% dei pazienti con frattura di femore ed età superiore o uguale a 65 anni entro le 48.

Il Decreto del 21 giugno 2016, nella definizione dell'ambito assistenziale osteomuscolare, conferma tale parametro per la valutazione della qualità ed esiti delle cure.

Con nota direttoriale del Dipartimento per la Salute ed il Welfare sono stati affidati alla ASR Abruzzo il supporto tecnico e il coordinamento di un gruppo regionale di lavoro, con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie Aziendali, per la stesura di linee guida e raccomandazioni contestualizzati alla realtà regionale.

1. SURVEY FFP

Il monitoraggio condotto a livello regionale ha preso in esame in via preliminare alcune caratteristiche, indicatori e determinanti di ricorso o meno all'intervento chirurgico per frattura del collo del femore, rinviando all'Allegato 1 del documento, lo studio di dettaglio per singolo presidio ospedaliero.

Nella tabella 1, è esposta l'attività di ricovero ordinario nei reparti di ortopedia dell'Abruzzo, numero di ricoveri e giornate di degenza totali, anno 2016.

Tabella 1. Attività di ricovero ordinario nei reparti di ortopedia dell'Abruzzo, n° di ricoveri e giornate di degenza totali, anno 2016

	Ricoveri		GG degenza		
	N	%	N	%	Media
Fratture di femore 65+ anni (diagnosi)	2467	16%	26062	27%	10,6
Altre patologie 65+ anni	5799	37%	37655	40%	6,5
Ricoveri 0-64 anni	7537	48%	31127	33%	4,1
Totale	15803	100%	94844	100%	6,0

Nella tabella 2 sono riassunte alcune caratteristiche che influenzano la tempestività operatoria nei soggetti anziani (65+ anni) con evento di frattura di femore (diagnosi+interventochir.) nelle ortopedie. Periodo 2015 e 2016.

Tabella 2. Caratteristiche che influenzano la tempestività operatoria nei soggetti anziani (65+ anni) con evento di frattura di femore nelle ortopedie. Periodo 2015 e 2016.

SESSO	N	% interventi entro 48h
Maschi	1115	35,6%
Femmine	3395	40,5%
Totale	4510	39,3%
Classe di età		
65-74	493	38,7%
75-84	1776	38,9%
85+	2241	39,8%
Totale	4510	39,3%
Giorno di ammissione		
domenica	538	37,0%
lunedì	661	53,4%
martedì	693	41,0%
mercoledì	653	51,1%
giovedì	661	38,9%
venerdì	667	22,6%
sabato	637	30,6%
Totale	4510	39,3%
ANNO		
2014	2116	32,7%
2015	2245	34,7%
2016	2265	43,9%
TOTALE	6626	37,2%

Nella tabella 3 è indicato il numero totale di casi di ricovero di frattura del collo del femore negli anziani per sesso e classe di età, nel periodo 2011-2016.

Tabella 3. Numero totale di casi di ricovero di frattura del collo del femore negli anziani per sesso e classe di età. Periodo 2011-2016.

Donne	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variazione % 2011-2016
65-74	184	198	183	202	183	205	11,4%
75-84	694	686	702	721	733	689	-0,7%
85+	828	861	876	865	944	950	14,7%
Uomini							
65-74	87	89	82	84	90	71	-18,4%
75-84	245	234	252	220	270	245	0,0%
85+	235	233	271	257	288	307	30,6%
Donne + Uomini Totale 65+ anni	2273	2301	2366	2349	2508	2467	8,5%

Nella tabella 4 sono segnalati i ricoveri per modalità di dimissione dai reparti di ortopedia dei soggetti anziani (65+ anni) con evento di frattura di femore e con intervento chir. Periodo 2016.

Tabella 4. Ricoveri per modalità di dimissione dai reparti di ortopedia dei soggetti anziani (65+ anni) con evento di frattura di femore e con intervento chir. Periodo 2016.

Modalità di dimissione	N	%
2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente	883	39%
8=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione	416	18%
9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.	359	16%
3=dimissione ordinaria presso una RSA	239	11%
7=trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	235	10%
6=trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti	42	2%
4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	41	2%
1=paziente deceduto	37	2%
5=dimissione volontaria	13	1%
Totale	2265	100%

2. ANALISI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO

In attuazione del programma di miglioramento e riqualificazione (L. 232/2016, art. 1 comma 385), area prioritaria dell'intervento 1.1., le quattro ASL della Regione Abruzzo hanno condotto una ricognizione delle criticità rilevate e dei modelli organizzativo-assistenziali adottati attualmente nei presidi ospedalieri di competenza. Le AA.SS.LL. di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti, in considerazione dell'incidenza del fenomeno destinato ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione, hanno definito percorsi assistenziali aziendali basati su indicazioni di buona pratica, in cui trovano opportune sintesi le migliori evidenze al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza resa al paziente. La ASL di Pescara ha elaborato delle raccomandazioni organizzative. La ASL di Teramo ha istituito uno specifico gruppo di lavoro e ha definito un percorso virtuoso clinico assistenziale, non ancora formalizzato. Tutte le quattro ASL, inoltre, hanno avviato attività di Audit finalizzata all'individuazione delle criticità organizzative e delle azioni correttive da mettere in atto.

ASL 201 - Avezzano-Sulmona-L'Aquila

La ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, sulla base dell'analisi dello stato dell'arte e delle criticità, ha adottato un percorso clinico-organizzativo orto-geriatrico approvato con Deliberazione del Direttore Generale 1787 del 17/10/2017 e ha intrapreso azioni di sensibilizzazione e di carattere organizzativo per migliorare la situazione, come lo studio di percorsi specifici ed il trasferimento dei pazienti in esame dal PO. di Castel di Sangro a quello di Sulmona con programmazione di interventi chirurgici in una unica unità operatoria.

Nella tabella 5 sono riassunte le percentuali di dimissione trasmesse dalla ASL e relative ai soggetti 65+ operati entro 48 ore nel biennio 2015-2016, per singolo presidio pubblico e privato.

Tabella 5. Percentuali di dimissione relative ai soggetti 65+ operati entro 48 ore nel biennio 2015-2016, ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

Struttura	2015	2016
	%	%
PO L'Aquila	36	46
PO Avezzano	29	37
PO Sulmona *	21	70
PO Castel di Sangro *	6	30
Casa di Cura Di Lorenzo	67	78
Casa di Cura Villa Letizia	33	11

* stessa equipe chirurgica



Nel 2015 la ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila si pone in una situazione critica con una percentuale complessiva di interventi entro 48 ore pari al 26,54%.

Le principali criticità comuni rilevate nei presidi ospedalieri pubblici sono le seguenti:

- mancanza di un coordinamento tra le UU.OO. coinvolte;
- dilatazione dei tempi di attesa legati alla complessità clinica che comporta esami diagnostici e consulenze;
- indisponibilità di sale operatorie.

Inoltre, sono segnalate criticità specifiche per il P.O. San Salvatore L'Aquila legate all'incompleta riorganizzazione dei posti letto e delle sale operatorie a causa della ricostruzione post-sisma, e per i P.O. di Sulmona e Castel di Sangro in cui l'equipe chirurgica opera in entrambi i PO con difficoltà nella pianificazione degli interventi in due sedi diverse e distanti tra loro e con differente organizzazione delle sale operatorie e del personale.

ASL 202 - Lanciano-Vasto-Chieti

Presso la ASL Lanciano Vasto Chieti è stato approvato dalla Direzione Aziendale nel 2015 un percorso per la gestione della frattura di femore nel paziente anziano (PGSQA55 Rev.0 del 07/08/2015), che descrive il percorso clinico terapeutico ottimale per l'assistenza al paziente con frattura di femore, identificando le competenze e le responsabilità coinvolte a partire dalla presa in carico da parte del sistema di emergenza territoriale o dal PS, per chi arriva con i propri mezzi, fino alla dimissione e affidamento alle cure territoriali. Il documento è pubblicato sul sito aziendale, in apposita sezione dedicata alla consultazione dei documenti. Come da deliberazione del Direttore Generale n°1206 del 11/11/2010 avente per oggetto la gestione del sistema documentale aziendale, dal momento della pubblicazione sul sito aziendale il documento è da considerarsi vigente ed obbligatorio per gli operatori coinvolti; eventuali versioni precedenti vanno considerate non più in vigore.

Nella tabella sottostante vengono riportati i risultati trasmessi dalla ASL e relativi all'indicatore "Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni" espressi in percentuale, distinti per i tre Presidi della ASL Lanciano-Vasto-Chieti e suddivisi per periodo di dimissione. L'ultima colonna della tabella evidenzia l'esito dell'indicatore rispetto ai punteggi di valutazione della Griglia LEA.

Tabella 6. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni, PO. Chieti, Lanciano e Vasto. Anni 2015-2016.

Presidio Ospedaliero	Periodo di riferimento	Numeratore	Denominatore	Intervento effettuato entro 2 gg. (%)	Esito rispetto a griglia LEA
PO. SS. Annunziata Chieti	2015	130	218	60	Valore normale
	2016	147	240	61	Valore normale
PO. Renzetti Lanciano	2015	27	213	13	Scostamento non accettabile
	2016	45	176	26	Scostamento non accettabile
PO. San Pio Vasto	2015	125	179	70	Valore normale
	2016	66	97	68	Valore normale

La tabella successiva riassume i risultati dell'indicatore per l'intera ASL Lanciano-Vasto-Chieti evidenziando l'esito complessivo rispetto alla griglia LEA

Tabella 7. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. ASL Lanciano-Vasto-Chieti. Anni 2015-2016.

	Periodo di riferimento	Numeratore	Denominatore	Intervento effettuato entro 2 gg. (%)	Esito rispetto a griglia LEA
ASL Lanciano-Vasto-Chieti	2015	282	610	46	Scostamento minimo
	2016	258	513	50	Scostamento minimo

Da una preliminare analisi dei dati si evidenzia che l'implementazione di un percorso dedicato ha migliorato la gestione del paziente con età maggiore o uguale a sessantacinque anni con frattura di femore, come si evince dal trend in aumento dell'ultimo biennio del numero di pazienti operati entro le 48 ore. Tuttavia vengono allo stato attuale ancora evidenziate delle criticità organizzative, individuate nelle diverse fasi: di accettazione in PS; ricovero in ortopedia; chirurgica; dimissione, sulle quali si ritiene necessario un ulteriore lavoro di miglioramento per l'efficienza del processo.



Fase di accettazione in PS:

- ritardi nell'attivazione del percorso;
- difficoltà di stabilizzazione pz;
- ritardo consulenza ortopedica;
- indisponibilità diagnostica h 24.

Fase ricovero in ortopedia:

- ritardi nell'eventuale richiesta di consulenze;
- indisponibilità di Posti Letto;
- difficoltà nella gestione multidisciplinare del paziente nella fase preoperatoria.

Fase chirurgica:

- ritardo visita anestesiologicala per richiesta tardiva o indisponibilità immediata degli anestesisti;
- valutazione preoperatoria legata a problemi clinici (pz. scoagulato, Protocollo terapia Tao);
- difficoltà nella gestione delle sedute di sala operatoria per carenza di personale/carenze strutturali;
- indisponibilità Posti Letto in terapia intensiva.

Fase dimissione:

- difficoltà nella stabilizzazione cliniche del paziente operato;
- valutazione fisiatrica (entro 48h dall'intervento) non sempre disponibile;
- mancanza di Posti Letto nei centri riabilitativi/lungodegenza.

E' stata predisposta, inoltre, una ricognizione analitica del percorso per singola struttura di cui si riassumono i maggiori punti di criticità.

Presidio Ospedaliero SS. Annunziata di Chieti:

- Necessità di effettuare delle valutazioni specialistiche per stabilizzare le condizioni generali e le comorbidity croniche riacutizzate di pazienti fragili, che rallentano i tempi complessivi di preparazione all'intervento;
- Ritardo nell'esecuzione delle consulenze specialistiche e degli esami diagnostici richiesti;
- Ristrettezza degli spazi operatori nel Blocco Operatorio (in genere gli interventi di frattura di femore vengono inseriti in lista operatoria nelle sedute attribuite all'UO di Ortopedia oppure in urgenza);

Presidio Ospedaliero S. Pio da Pietralcina di Vasto:

- Ritardi nell'eventuale richiesta di consulenze (es. cardiologica) propedeutiche all'intervento chirurgico;
- Carenza di personale (Medici Anestesisti) dedicati alle urgenze/festività.

Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano:

- Carenza di Chirurghi Ortopedici che possano accedere alla Sala Operatoria (solo 4 Chirurghi accedono alla Sala Operatoria);
- Difficoltà nell'esecuzione di consulenza cardiologica propedeutica all'intervento chirurgico legata all'indisponibilità di eseguire l'esame ecocardiografico in condizioni di urgenza;
- Si rileva una minore compliance degli operatori nell'aderenza al percorso.

ASL 203 - Pescara

Negli ultimi due anni sono stati realizzati incontri specifici tra gli operatori preposti al trattamento della frattura di femore per fornire indicazioni coerenti con le linee guida internazionali sulla gestione del paziente e sui percorsi terapeutici da seguire. Tale percorso organizzativo ha portato alla realizzazione di un'unica modalità operativa all'interno dei tre presidi aziendali, al fine di assicurare a tutta l'utenza la medesima gestione operativa per il trattamento entro le 24 ore di ricovero. Per il conseguimento di tale obiettivo, l'Azienda ha posto come prioritario l'intervento chirurgico attivato su doppio turno 6 giorni la settimana, attivando il percorso emergenziale nella giornata della domenica o nella festività. Restano in evidenza, tuttavia, alcune criticità:

- la carenza di personale medico anestesista ed infermieristico di sala operatoria;
- la mancanza di diagnostica segmentale dedicata quale causa di rallentamento del ciclo produttivo, dovendo la struttura di radiologia condividere i percorsi con altre urgenze non altrimenti differibili.

Sono state, inoltre, individuate alcune criticità specifiche per i singoli Presidi di Popoli e Penne.

Per il PO di Popoli:

- Mancanza di attività aggiuntive (incentivazioni) per le stesse mansioni previste per il reparto di Ortopedia di Pescara, malgrado il protrarsi degli interventi nelle ore pomeridiane;
- Continui riadattamenti dell'attività anestesologica per manchevole numero di medici anestesisti in organico;
- A volte mancanza di posti letto e trasferimento dei pazienti con la patologia in oggetto in altre sedi.



Per il PO di Penne:

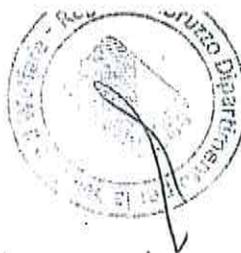
- Mancanza di attività aggiuntive (incentivazioni) per le stesse mansioni previste per il reparto di Ortopedia di Pescara, malgrado il protrarsi degli interventi nelle ore pomeridiane;
- Continui riadattamenti dell'attività anestesiologicala per manchevole numero di medici anestesisti in organico.

ASL 204 - Teramo

La ASL di Teramo ha avviato nell'ultimo triennio incontri periodici con i clinici che trattano la patologia in questione. L'approccio assistenziale-organizzativo risulta, ad oggi, uniforme ed omogeneo nei quattro presidi con una corretta gestione del paziente candidato ad intervento chirurgico al fine di effettuare lo stesso entro le prime 48 ore dall'ingresso.

Il percorso assistenziale adottato prevede una valutazione multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di un'equipe di esperti (pronto soccorso, medicina d'urgenza, cardiologia, anestesia, rianimazione, ortopedia, fisioterapia e riabilitazione) che permette, da una parte, di avere minori rischi di mortalità intraospedaliera e di complicanze maggiori, e dall'altra, un più rapido recupero funzionale. La ASL prende atto che per raggiungere l'obiettivo dell'intervento entro le 24-48 ore, le linee guida raccomandano un'organizzazione che consenta di intervenire chirurgicamente 7 giorni su 7, nella fascia oraria diurna. Molti pazienti, inoltre, presentano trattamenti preesistenti con farmaci antitrombotici o antiaggreganti che rappresentano fattori di rischio per i blocchi nervosi centrali (anestesia spinale o epidurale), ma non costituiscono una controindicazione all'intervento chirurgico precoce che può essere attuato con tecniche di anestesia differenti. Questo tipo di pazienti viene comunque trattato nelle prime 48 ore adeguando il tipo di anestesia alla terapia del paziente, stando attenti all'adeguata analgesia, al mantenimento dell'emocromo e dell'equilibrio elettrolitico. Un altro elemento che merita attenzione, è rappresentato dal fatto che in alcuni casi l'intervento debba essere procrastinato in quanto il paziente necessita di una più approfondita e attenta valutazione cardiologica; in ogni caso, si tende a pianificare la dimissione del paziente nell'ottica di percorsi integrati ospedale-territorio.

La ASL evidenzia che la criticità più rilevante è rappresentata, ad oggi, dalle risorse umane e finanziarie necessarie alla gestione sanitaria assistenziale delle persone anziane con frattura del collo del femore. La carenza in organico di medici anestesisti ospedalieri fa sì che l'intervento venga effettuato con l'equipe dedicata all'urgenza o in seduta nei giorni di sala operatoria ortopedica.



Nel Presidio di Teramo, la carenza di personale medico di anestesia e rianimazione non consentiva la copertura di guardia H24. Al fine di fronteggiare la criticità sopra evidenziata, la ASL di Teramo ha provveduto ad autorizzare per l'anno 2015, 60 turni di guardia notturna e n. 3916 ore aggiuntive di sala operatoria.

Nel Presidio di Atri, la carenza di personale medico di anestesia e rianimazione non consentiva la copertura di guardia H24. Al fine di fronteggiare la criticità sopra evidenziata, la ASL di Teramo ha provveduto ad autorizzare per l'anno 2015, 70 turni di guardia notturna e n. 1499 ore aggiuntive di sala operatoria.

Nel Presidio di Sant'Omero, la carenza di personale medico di anestesia e rianimazione non consentiva la copertura di guardia H24. Al fine di fronteggiare la criticità sopra evidenziata, la ASL di Teramo ha provveduto ad autorizzare per l'anno 2015, 50 turni di guardia notturna e n. 2000 ore aggiuntive di sala operatoria.

Nel Presidio di Giulianova, la carenza di personale medico di anestesia e rianimazione non consentiva la copertura di guardia H24. Al fine di fronteggiare la criticità sopra evidenziata, la ASL di Teramo ha provveduto ad autorizzare per l'anno 2015, 50 turni di guardia notturna e n. 1500 ore aggiuntive di sala operatoria.

Tale provvedimento si è reso necessario allo scopo di coprire le carenze di personale medico di anestesia e rianimazione, per le cui figure sono state avviate le procedure concorsuali nell'anno 2015.

3. OBIETTIVI SPECIFICI

Lo scopo principale del documento è quello di fornire agli operatori sanitari e alle Direzioni Aziendali linee guida regionali vincolanti e standard da perseguire, in conformità alle indicazioni della letteratura scientifica, delle disposizioni nazionali e di esperienze positive di altre realtà regionali, con il fine di garantire alle persone anziane affette da frattura di femore prossimale un approccio assistenziale uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale. Il presente documento, inoltre, descrive il percorso clinico terapeutico assistenziale, inteso come sequenza spazio-temporale, ottimale per l'assistenza al paziente con frattura di femore prossimale (FFP), identificando le competenze e le specifiche responsabilità coinvolte dalla presa in carico da parte del sistema di emergenza territoriale o per chi arriva in PS con altri mezzi, fino alla dimissione e affidamento alle cure riabilitative territoriali, in modo da garantire il più ampio e tempestivo



recupero funzionale possibile in ragione delle condizioni precedenti del paziente ed una continuità delle cure.

La qualità del percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore dipende, quindi, dal raggiungimento di specifici obiettivi e relativi standard di seguito indicati. È acquisita l'evidenza che il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati rischia di compromettere la qualità e la sicurezza dell'intero percorso assistenziale integrato.

Obiettivo 1: Tempo di permanenza in pronto soccorso (PS)

Razionale: 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, se libera, entro oltre le prime 3 ore dall'accesso al PS.

Indicatore 1: tempo complessivo di permanenza in pronto soccorso (entrata-uscita) (EMUR).

Valore atteso: < 3 ore.

Obiettivo 2: Tempo della diagnostica strumentale.

Razionale: L'esecuzione di Rx anca e l'esecuzione di Rx torace (se confermata diagnosi di frattura) con la stesura dei referti radiologici devono concludersi entro due ore dalla richiesta del P.S. La precocità di intervento possono, infatti, incidere negativamente anche i tempi per l'esecuzione preoperatoria di indagini diagnostiche.

Indicatore 2: Adozione di un protocollo organizzativo aziendale per un canale differenziato per il percorso femore.

Obiettivo 3: Tempestività dell'intervento.

Razionale: La precocità dell'intervento chirurgico è uno degli obiettivi principali da perseguire, nella nostra Regione costituisce obiettivo di salute, per il mantenimento erogazione LEA, Direttori Generali. Diversi studi hanno rilevato che ritardi oltre le 48 ore sono stati associati al raddoppio del rischio di complicanze mediche maggiori (embolia polmonare, eventi cardiaci 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 trombosi venose profonde, infezioni, eventi cardiaci e polmonari senza necessità di trattamenti intensivi.



Indicatore 3: Percentuale di pazienti operati entro le 48 ore (criteri inclusione/esclusione indicatore 19 griglia LEA, come da obiettivi assegnati ai Direttori Generali).

Obiettivo 4: Garanzia di trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore.

Razionale: I pazienti non trattati chirurgicamente presentano una maggiore incidenza di complicanze, un incremento della mortalità e minori probabilità di ritornare autonomi al domicilio. Secondo le principali linee guida la scelta conservativa può essere appropriata in poche situazioni critiche, quali grave instabilità cardiovascolare, neoplasie terminali, grave sindrome ipocinetica, oppure nel caso di fratture intracapsulari composte che consentano la mobilizzazione, o per rifiuto "informato" dell'intervento. La stabilizzazione chirurgica, pertanto, della frattura rappresenta lo standard procedurale per la frattura di femore nell'anziano ed il trattamento conservativo non deve tendenzialmente superare il 10% della casistica.

Indicatore 4: Percentuale di pazienti NON operati (applicando criteri di inclusione ed esclusione dell'indicatore 19 griglia LEA).

Valore atteso: trattamento conservativo $\leq 10\%$ dei ricoveri per frattura di femore.

Obiettivo 5: Efficace assistenza nella fase acuta.

Razionale: L'assistenza ospedaliera al paziente anziano con frattura di femore deve prevedere:

- a) Procedure evidence-based quali la profilassi antitrombotica, la prevenzione delle lesioni da pressione e la profilassi antibiotica;
- b) Gestione di multimorbidità e dolore, stato cognitivo, tono dell'umore, stato nutrizionale, stato funzionale pre-frattura riguardo alle attività della vita quotidiana;
- c) Procedure per: il controllo del dolore, la prevenzione dei decubiti, la somministrazione perioperatoria di ossigeno e l'idratazione. La prevenzione delle più frequenti complicanze riduce la durata della degenza e migliora gli outcome della fase acuta.

Indicatore 5.1: Approvazione e formalizzazione di un protocollo aziendale in applicazione delle linee guida e del PDTA regionali.

Indicatore 5.2: Audit clinico organizzativi con gli operatori sanitari coinvolti nel percorso femore a cadenza trimestrale.

Obiettivo 6: Efficace intervento di riabilitazione.

Razionale: Tutti i pazienti ricoverati in acuzie, inclusi quelli con deterioramento cognitivo, devono avere garanzia di un percorso post-acuto multidisciplinare e multidimensionale che comprende un adeguato trattamento riabilitativo, così come individuato nel “Piano d’indirizzo per la riabilitazione” (Intesa Stato-Regioni n. 30/CSR del 10/2/2011).

Indicatore 6.1: Percentuale di Programmi Riabilitativi Individuali alla dimissione del paziente.

Obiettivo 7: Pianificazione di dimissione precoce.

Razionale: Elaborazione del piano di dimissione precoce fin dall’ammissione in ospedale;

Indicatore 7: Controllo analitico da parte delle Direzioni Sanitarie della scheda di programmazione delle modalità di dimissione.

Obiettivo 8: Volumi di attività.

Razionale: Il DM 70/2015, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, indica per le strutture complesse, relativamente all’intervento chirurgico per la frattura di femore, la soglia minima di volume di attività di **75 interventi annui**.

Indicatore 8: Numero interventi annui per struttura complessa (Soglia minima di volume di attività).

Valore atteso: 75 interventi/annui.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo ospedaliero, predisposto dalla Direzione Aziendale, in accordo con il team multidisciplinare, deve essere finalizzato a minimizzare i casi di ritardo dell’intervento per ragioni non cliniche. In base al contesto e alle risorse disponibili dei singoli presidi ospedalieri, devono essere assicurati i diversi possibili interventi riorganizzativi: a) gestione multidisciplinare del percorso femore; b) estensione dell’apertura settimanale diurna delle sale operatorie; c) separazione tra i flussi dei pazienti in urgenza ed in elezione con fasce orarie dedicate; d) creazione di percorsi facilitati per l’accesso alla diagnostica.

Conseguentemente, le Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo, con la responsabilità applicativa delle Direzioni, devono:

- Adottare entro 15 giorni dalla trasmissione, un Atto deliberativo di recepimento delle linee guida regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura prossimale di femore, con la specifica identificazione delle strutture sanitarie e delle UU.OO. coinvolte;
- Promuovere azioni di diffusione e formazione dei clinici e degli operatori coinvolti nel processo; in particolare dovrà essere organizzato almeno un incontro informativo/formativo per ciascuna struttura fra quelle che trattano la patologia in questione;
- Costituire e formalizzare un gruppo di lavoro aziendale, con l'individuazione degli operatori sanitari con responsabilità esecutiva per l'attuazione delle linee guida regionali;
- Ottimizzare le risorse disponibili, attraverso selettivi interventi organizzativi sul personale e sulle apparecchiature/strutture finalizzati al:
 - Prolungamento dell'orario di apertura e delle attività delle sale operatorie;
 - Prolungamento dell'orario di apertura di servizi diagnostici;
 - Utilizzo più efficiente ed efficace delle tecnologie presenti.

Tali interventi dovranno essere programmati ed effettuati in coerenza con la programmazione regionale e delle disposizioni del DM 21 giugno 2016.

- Monitorare e produrre relativa reportistica da trasmettere con cadenza semestrale al Dipartimento per la Salute e il Welfare, con relativi indicatori (paragrafo 5).
- Condurre trimestralmente Audit clinici ed organizzativi in ambito aziendale, secondo la metodologia del DM 21 giugno 2016. Nello specifico:
 - Verifica degli eventuali scostamenti della pratica assistenziale rispetto agli standard clinici basati sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di evidenziare eventuali criticità nei processi assistenziali;
 - Analisi dei processi correlati con le suddette criticità, con particolare riferimento alle relative componenti organizzative, strutturali e operative;
 - Identificazione delle componenti organizzative, strutturali e operative coinvolte nella generazione delle criticità individuate;
 - Misura di indicatori per il monitoraggio e il controllo interno dell'aderenza alle migliori pratiche cliniche basate sulle evidenze scientifiche.

PDTA FRATTURA COLLO DEL FEMORE

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La scelta metodologica per strutturare il PDTA è stata fondata sulla definizione di una sequenza di attività correlate ed interagenti. La scomposizione in fasi diverse, dal momento della presa in carico del paziente fino alla dimissione di questi, obbliga a chiarire i criteri clinici e organizzativi per inserire il paziente in una fase e per trasferirlo alla fase successiva.

- Fase Pre-ospedaliera;
- Fase in PS/DEA;
- Fase Pre-operatoria;
- Fase Operatoria;
- Fase Post-operatoria.

FASE PRE-OSPEDALIERA

La procedura inizia al momento con la presa in carico del paziente che può verificarsi in una delle situazioni elencate:

- a) il paziente viene trasportato da personale sanitario 118 medico/infermiere. In questo caso gli operatori sanitari forniranno all'infermiere del triage e al medico del DEA i dati anamnestici ottenuti e descriveranno i trattamenti intrapresi;
- b) il paziente viene condotto da volontari, familiari o accompagnatori. In questa evenienza si inviteranno le figure coinvolte a raccogliere tutta la documentazione sanitaria utile a descrivere lo stato pre-trauma del paziente, ed a fornire se possibile il nome del MMG;

In occasione di un evento (caduta), il 118 invierà il mezzo di soccorso adeguato oppure indirizzerà il mezzo già attivato presso la sede ospedaliera che possa consentire il trattamento chirurgico nel minor tempo possibile, anche sulla base dei posti letto disponibili, contattando per primo il P.O. di competenza territoriale ed eventualmente i successivi in ordine di distanza. In attesa della attuazione della gestione informatizzata dei posti letto della rete Emergenza-Urgenza, demandata alle Direzioni Aziendali con Delibera G.R. n. 602 del 25 ottobre 2017, la Centrale Operativa 118, per

assicurare la funzione di coordinamento, deve conoscere in tempo reale la situazione dei Dipartimenti d'Emergenza-Accettazione relativamente alla disponibilità di PL con particolare riferimento a quelli delle specialità afferenti alle Reti Tempo-Dipendenti.

Il "Bed-Management" è da intendersi, nello specifico percorso della sospetta frattura del femore prossimale (FFP), come lo snodo di riferimento in grado di conciliare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali, organizzative) del trasporto e del percorso dei pazienti in ospedale, mediante un'adeguata informazione e gestione dei PL, secondo il modello orto-geriatrico: Ortopedia, Geriatria, Medicina.

In questa fase gli obiettivi da raggiungere sono:

- fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta FFP;
- indirizzare il paziente nella sede ospedaliera idonea, previa verifica della disponibilità di posto letto in caso di intervento.

Queste azioni/decisioni sono basate su una valutazione del paziente e delle sue funzioni vitali e considerano le condizioni generali, lo stato mentale, le circostanze del trauma e la disponibilità di posti letto per il ricovero.

Il sospetto di frattura del collo del femore è spesso indicato da:

- circostanze che hanno portato alla caduta;
- presenza di dolore all'anca;
- accorciamento e rotazione esterna dell'arto inferiore.

Il personale del 118 avrà cura di:

- Proteggere l'arto fratturato;

Il personale medico-infermieristico avrà cura di:

- posizionare l'agocannula (minimo 18G) per l'adeguata idratazione

Se presente dolore, la terapia analgesica deve essere iniziata tempestivamente. Tutti i pazienti con frattura del collo del femore richiedono una tempestiva ospedalizzazione e le informazioni clinicamente rilevanti devono essere tutte recuperate fin dal primo contatto:

- a) esame obiettivo e rilevazione parametri vitali (inclusa la scala VAS);
- b) anamnesi dinamica dell'evento (causa meccanica - scale, tappeto, deficit motori, perdita di coscienza, sincope, stroke, ecc).

In base alle condizioni cliniche del paziente, alle criticità del trasporto e agli altri adempimenti di competenza dell'equipe 118, vanno acquisite informazioni relative a:

- a) condizioni mediche concomitanti e anamnesi;

- b) notizie relative a precedenti cadute;
- c) terapie in atto;
- d) grado di autosufficienza e abilità funzionali precedenti, con particolare riferimento alla mobilità;
- e) condizione mentale preesistente;
- f) nominativo del MMG.

FASE IN PRONTO SOCCORSO/DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

I pazienti con sospetta frattura di femore devono essere tempestivamente valutati dal medico di PS in modo da poter essere trasferiti in reparto entro e non oltre le prime 3 ore dall'accesso al PS. L'ora di arrivo al PS e l'ora di arrivo in reparto devono essere registrate. Il ricovero rappresenta la procedura standard per tutti i pazienti anziani con frattura di femore anche nel caso venga prospettata una terapia conservativa essendo di regola necessario stabilizzare le condizioni cliniche, ottimizzare il trattamento del dolore, consentire di organizzare una dimissione protetta con adeguato supporto medico-infermieristico e assistenziale. Gli infermieri di Triage debbono essere formati nel riconoscimento del sospetto di frattura di femore in modo da attivare l'iter previsto nei tempi raccomandati. L'infermiere di Triage provvede a :

- a) accoglienza del paziente;
- b) valutazione e rilevazione parametri vitali (PV) compresa la valutazione del dolore (NRS);
- c) attribuzione del codice colore GIALLO;
- d) rivalutazione (in caso di peggioramento delle condizioni del paziente il codice colore può essere rivalutato in ROSSO).

Con DCA 118 del 10 dicembre 2015, la Regione Abruzzo ha approvato il protocollo regionale del Triage. Al fine di contenere i tempi di permanenza in Pronto Soccorso entro 3 ore e ridurre il rischio clinico, l'accoglienza e le modalità e tempi di rivalutazione devono svolgersi in codice 2: Urgenza-accesso entro 15 minuti – monitoraggio costante delle condizioni.

Il medico del Pronto Soccorso provvede a:

- a) Primo inquadramento diagnostico, mediante:
 - Anamnesi, esame obiettivo con valutazione del dolore (NRS);
 - Richiesta accertamenti diagnostici: Emocromo, Glicemia, Creatininemia, Elettroliti (Na, K, Cl), GOT, GPT, Fibrinogeno, PT/INR, PTT, CHE, N. di dibucaina, type and

screen, ECG (per escludere eventi acuti come STEMI, N-STEMI, BAV di II° e III°, Bradicardia marcata, Tachiaritmie), RX anca- RX bacino- RX assiale anca- RX torace standard, eventuale TAC.

In caso di quadro radiologico dubbio, o di forte sospetto clinico pur in presenza di radiografie negative, l'esame di scelta è rappresentato dalla TC.

b) Trattamento:

- Immediata valutazione di eventuale terapia antiaggregante o anticoagulante in carico al paziente;
- Controllo del dolore;
- Infusione di liquidi (NaCl 0.9 %, Soluzione elettrolitica bilanciata), se necessario;
- Eventuale altra terapia correlata alle condizioni cliniche del paziente.

c) Dopo aver ottenuto il quadro completo del paziente richiede la consulenza ortopedica.

Il medico del Pronto Soccorso DEA dispone il ricovero del paziente in un tempo non superiore alle 3 ore dall'arrivo in DEA. Il ricovero in Ortopedia è indicato se la frattura è la patologia predominante, nel caso coesistano altre manifestazioni acute (cardiopatie, broncopneumopatie, patologie neurologiche instabili o a forte rischio di instabilità) o la frattura sia epifenomeno di manifestazioni cerebrovascolari, eventi cardiaci il paziente andrà ricoverato nel reparto idoneo al trattamento della o delle patologie predominanti.

Nella valutazione clinica del paziente vanno inoltre incluse registrazioni formali su:

- valutazione e controllo della lesione (riportando: polsi periferici, sensibilità, motilità);
- rilevazione del dolore (annotazione VAS);
- stato cognitivo;
- problemi medici preesistenti e terapia in atto;
- eventuale presenza di un accompagnatore.

In particolare, è importante che venga acquisita precocemente eventuale documentazione clinica relativa a patologie pregresse o in atto e alla terapie assunte: la disponibilità della documentazione rende più veloce la valutazione preoperatoria.

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE IMMEDIATA

Per i pazienti ad alto rischio di lesioni da pressione, l'utilizzo di materassi antidecubito va preso in considerazione non appena terminate le procedure di diagnostica per immagini.

Per tutti i pazienti è raccomandato:

- tenere il paziente al caldo;
- somministrare una terapia antidolorifica adeguata per permettere il regolare e confortevole cambiamento di posizione del paziente;
- misurare e correggere ogni alterazione idro-elettrolitica;
- effettuare gli esami radiologici il più presto possibile;
- effettuare una valutazione dell'ossigenazione;
- impostare la profilassi della TVP.

Gli esami ematochimici e strumentali effettuati hanno la finalità non solo di consentire un inquadramento dello stato del paziente, ma anche di acquisire elementi utili alla valutazione anestesiológica sull'operabilità del paziente stesso. In questa fase non è necessario provvedere alla valutazione dell'emogruppo e del fattore Rh, in quanto tale indagine viene effettuata al momento della richiesta di eventuali sacche di emotrasfusione.

La richiesta ed esecuzione di eventuale consulenza cardiologica può essere effettuata in DEA o, successivamente, nelle fasi di ulteriore valutazione preoperatoria, nella UO di ricovero. Va ovviamente valutata la presenza di fattori di rischio cardiologici che assumano di fatto posizione prioritaria rispetto all'intervento di riduzione della frattura di femore, ad es.:

- angina instabile;
- sindrome coronarica acuta o IMA da meno di un mese;
- scompenso cardiaco in atto o dispnea a riposo di origine sconosciuta;
- fibrillazione o flutter con FVM>100/min; blocco AV di II gradi tipo 2 o superiore;
- valvulopatie severe.

L'eventuale effettuazione di ecocardiogramma è subordinato alla valutazione cardiologica.

CONTROLLO DEL DOLORE

La presenza di dolore deve essere registrata nella documentazione del PS e regolarmente rivalutata attraverso scale con monitoraggio periodico. Le scale di misurazione da utilizzare sono la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale) (Downnie, 1978; Grossi 1983). Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione che prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero da 0 a 10 che meglio descrive l'intensità del dolore percepito in quel momento. Se il paziente non è collaborante e/o per difficoltà di espressione verbale è indicato l'utilizzo della scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) (Warden e al. 2003), basata sull'osservazione di cinque indici (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto,

linguaggio del corpo, consolazione) dai quali è possibile ricavare il punteggio. Il controllo del dolore è parte integrante del percorso terapeutico. È necessario rilevare il dolore secondo una delle scale abituali e registrarlo sulla documentazione sanitaria. La terapia con analgesici va prescritta a dosi fisse e non al bisogno, utilizzando preferibilmente paracetamolo ed oppioidi deboli. Si deve porre attenzione ai FANS, che possono causare sanguinamenti gastrici o insufficienza renale e possono causare problemi di sanguinamento in soggetti anziani frequentemente in terapia con antiaggreganti e anticoagulanti. In caso di procedure dolorose previste, come lo spostamento in radiologia per indagini diagnostiche, si devono prevedere dosi aggiuntive di analgesici. L'algoritmo di controllo del dolore può essere applicato sia sul territorio che in PS e sono state previste formulazioni orali o endovenose a seconda che si abbia a disposizione o meno un accesso venoso.

I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al dolore che riferiscono:

1. NRS ≤ 3 (Dolore lieve) – viene somministrato, se richiesto, Paracetamolo 1 g (massimo 3 volte/die);
2. NRS 4-6 (Dolore moderato) – viene somministrato Paracetamolo 1 g x 3 volte/die (ogni 8 h); come farmaco rescue può essere utilizzato Tramadolo 100 mg o per via endovenosa (1fl in S. Fisiologica 100 ml) oppure per os (40 gtt). Nei pazienti di età >70 anni va valutata l'opportunità di una dose inferiore (50 mg);
3. NRS ≥ 7 (Dolore severo) – viene somministrata formulazione Ossicodone/Paracetamolo in compresse scegliendo il dosaggio di 10/325 mg per i pazienti con età ≤ 70 anni e quello di 5/325 mg per i pazienti con età > 70 anni (in entrambi i casi le compresse vengono somministrate ogni 6 ore). Come farmaco rescue può essere utilizzato Fentanyl 100 mcg transmucosale, dopo opportuna valutazione dello stato generale del paziente.

OSSIGENAZIONE

La saturazione periferica di O₂ deve essere misurata all'ingresso; qualora venga rilevata una ipossiemia va somministrato flusso O₂ supplementare con l'obiettivo di mantenere un'adeguata saturazione.

PROFILASSI ANTITROMBOTICA E ANTI TROMBOEMBOLICA

I pazienti con frattura di femore sono a rischio elevato di trombosi venosa profonda (TVP). Il tasso di TVP totale e distale dopo frattura di femore in assenza di profilassi è rispettivamente del 50% e

del 27%. Una TVP sintomatica si riscontra dall'1,3% all'8% di pazienti sottoposti a profilassi nei tre mesi successivi al trauma.

Il rischio di embolia polmonare (EP) fatale varia dallo 0,4% al 7,5% nei tre mesi successivi al trauma. Fattori favorevoli sono l'età avanzata e il ritardo dell'intervento.

Il rischio tromboembolico è significativamente ridotto tra i pazienti che ricevevano una profilassi farmacologica. Il rischio di EP fatale diminuisce se l'intervento avviene entro 24 ore dal trauma.

Tutte le linee guida indicano con un grado elevato di raccomandazione l'uso della profilassi antitromboembolica per questo gruppo di pazienti da applicare secondo gli specifici protocolli di ogni singolo Presidio Ospedaliero.

VISITA ORTOPEDICA

In caso di conferma radiografica di negatività ma in presenza di una sintomatologia sospetta, va comunque richiesta la consulenza Ortopedica.

Il paziente sintomatico con negatività radiologica potrà essere rivalutato al di fuori dell'urgenza con ulteriori approfondimenti. Qualora sia necessario un approfondimento diagnostico mirato può essere eseguita una TAC del segmento osteoarticolare interessato.

La visita ortopedica si conclude con l'indicazione o meno all'intervento e la conseguente segnalazione in SO (Modulo dichiarazione di Urgenza Chirurgica) compilata anche per richiedere la contestuale valutazione anestesiologicala.

RICOVERO IN ORTOPEDIA

Sin dalla fase iniziale del ricovero, che deve avvenire entro 3 ore dall'arrivo in PS, il percorso di cura del paziente anziano con frattura di femore si deve avvalere di tutte le competenze specialistiche necessarie (assessment multidimensionale): le consulenze vanno richieste prontamente ed evase nel più breve tempo possibile, anche in giornate festive e prefestive, tenuto conto del breve limite temporale (48 ore) per l'accesso in sala operatoria del paziente.

Ogni decisione sulla non operabilità del paziente con frattura di femore deve basarsi sui risultati dell'assessment multidisciplinare i cui componenti stabili sono: l'ortopedico, l'internista/geriatra, il cardiologo, l'anestesista. La stretta integrazione fra queste competenze e quelle di altri professionisti, il fisiatra, l'infermiere, il fisioterapista, che caso per caso vengono coinvolti, favorisce l'ottimizzazione clinica e riduce il numero di pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti, oltre che garantire la continuità del processo integrato di cura ospedale-territorio-domicilio. I pazienti clinicamente stabili vanno sottoposti direttamente

all'intervento chirurgico mentre i pazienti con patologie acute o croniche riacutizzate dovranno essere stabilizzati nelle condizioni cliniche ottimali per l'intervento chirurgico: in ogni caso è necessaria la condivisione delle diverse scelte col team multidisciplinare.

In alcuni casi come in presenza di un soffio aortico da sospetta stenosi non ancora indagato o per valutare la funzione ventricolare in presenza di insufficienza cardiaca severa, la valutazione ecocardiografica preoperatoria appare giustificata, ma non deve essere causa di ritardo nell'intervento: per questo motivo l'esame ecocardiografico deve essere effettuato contestualmente alla valutazione cardiologica del paziente e in modalità bedside.

Di seguito una tabella (Tabella 8) che evidenzia le alterazioni cliniche definite MAGGIORI che vanno necessariamente corrette e che giustificano un ritardo dell'intervento e quelle definite MINORI che è opportuno correggere, ma non giustificano un ritardo nell'intervento (McLaughlin 2006).

Tabella 8. Alterazioni cliniche maggiori e minori che possono causare ritardo preoperatorio.

	Alterazione	Maggiore	Minore
1	Pressione arteriosa	PAS = < 90	PAS = >181; PAD = > 111
2	Ritmo e frequenza	FA o TSV ≥ 121; TV, BAV III° grado o bradicardia ≤ 45/m'	Fao TSV 101-120; TS ≥ 121; bradicardia 46-50/m'
3	Infezioni/Polmoniti	T° < 35 ≥ 38.5 con segni clinici o radiologici di polmonite	T° ≥ 38.5
4	Dolore toracico	STEMI o N-STEMI all'EGC	Dolore toracico con ECG normale
5	Insufficienza cardiaca	EPA o scompenso cardiaco con versamento all'RX torace con dispnea e/o obiettività alterata	Dispnea o rumori polmonari senza alterazioni radiologiche o segni di stasi al torace senza sintomi soggettivi
6	Insufficienza respiratoria	SO2 < 90% o pO2 < 60 mmHg o pCO2 ≥ 55mmHg	PCO2 46/55 mmHg
7	Disionie	Na ≤ 125 o 155 mEq/l K < 2.5 o ≥ 6.1 mEq/l HCO3 < 18 o > 36 mEq/l	Na 126-128 o 151-155 mEq/l K < 2.5-2.9 o 5.6-6.0. mEq/l HCO3 18-19-o 35-36 mEq/l
8	Glicemia	> 600mg /dl	451-600mg/dl
9	Creatinina	≥ 2.6 mg/dl	2.1-2.5 mg/dl
10	Anemia	Hb ≤ 7.5 g/dl	Hb 7.6-8 g/dl

Quando appropriata, la scelta di rimandare l'intervento per ragioni cliniche deve comunque essere tempestiva e documentata, gli obiettivi di stabilizzazione da raggiungere devono essere chiaramente definiti e rivisti quotidianamente e il paziente deve essere reinserito nella lista operatoria non appena vengono raggiunti: a questo scopo appare opportuna l'adozione di un protocollo, relativo

alle 10 alterazioni appena descritte, formalizzato e condiviso dal team multidisciplinare. L'utilizzo diffuso di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti può produrre una consistente posticipazione dell'intervento chirurgico in pazienti peraltro clinicamente stabili.

Per gli interventi da attuare per la reversibilità degli anticoagulanti orali si fa riferimento alla procedura:

- *Reverse TAO in corso di emorragia maggiore o per intervento chirurgico d'emergenza*

Per la gestione delle complicanze emorragiche in corso di TAO si fa riferimento alla procedura:

- *Gestione in urgenza ed emergenza delle complicanze emorragiche in corso di terapia anticoagulante orale.*

Per la più complessa gestione della terapia antiaggregante si fa riferimento alla procedura:

- *Gestione del paziente chirurgico in terapia antiaggregante*

Per quanto riguarda la profilassi anti-tromboembolica si fa riferimento alla procedura:

- *Prevenzione del tromboembolismo venoso nei pazienti sottoposti a procedura chirurgiche*
- *Scheda valutazione del rischio trombo embolico nei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici.*

ASSISTENZA NELLA UOC DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Questa fase dovrà concludersi nel più breve tempo possibile compatibilmente con l'inserimento del paziente nella lista operatoria non appena possibile. Ciò è valido per tutti i giorni della settimana ad eccezione della domenica e dei giorni festivi in cui le valutazioni possono essere effettuate nella prima giornata successiva alla festività.

Tabella 9. Assistenza in Ortopedia e traumatologia.

Attività	Tempo	Azioni	Responsabile
Ricovero nella UOC di Ortopedia e Traumatologia	Entro 2 ore dall'arrivo in reparto.	<p>Inquadramento clinico-assistenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione del dolore • Rilevazione della TC • Valutazione di: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stato di nutrizione e idratazione ➤ Sat. O2 ➤ Continenza ➤ Stato cognitivo ➤ Rischio di lesioni da pressione • Controllo glicemico • Emogruppo e prove di compatibilità trasfusionale • ECG ed eventuale visita cardiologica urgente per valutazione rischio pre operatorio • Raccolta consenso informato • Richiesta consulenza anestesiologicala urgente • Richiesta eventuale valutazione team multidisciplinare 	Medico o Infermiere ognuno per le proprie competenze professionali
Valutazione trattamento chirurgico	Entro 2 ore dalle richieste viene effettuata consulenza per i pazienti ricoverati dalle ore 8.00 alle 20.00, mentre per i pazienti ricoverati dopo le 20.00 le consulenze possono essere effettuate entro le 10.00 del giorno successivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione del rischio anestesiologicalo e chirurgico con giudizio di idoneità all'intervento • Valutazione team multidisciplinare 	<p>Medico Anestesista</p> <p>Medico Ortopedico</p> <p>Medico Internista-Cardiologo-Geriatra</p>

Tabella 10. Gestione operatoria

Attività	Tempo	Azioni	Responsabile
Programmazione intervento chirurgico	Nelle sedute operatorie diurne (8-14) se l'intervento chirurgico rientra nelle 48 ore dall'ingresso del paziente, ovvero con modalità di urgenza differibile prima dello scadere delle stesse 48 ore.	Inserimento del paziente nella lista operatoria per le sedute dal lunedì al sabato, ovvero con modalità di urgenza differibile prima dello scadere delle stesse 48 ore.	Medico Ortopedico
Intervento Chirurgico	Entro 48 ore dal ricovero per i pazienti che hanno ricevuto una valutazione di idoneità.	Per le sedute operatorie dalle ore 8.00 alle ore 14.00 delle giornate dal lunedì al sabato l'intervento viene eseguito possibilmente nella sala operatoria dedicata alla Ortopedia. Nei casi necessari si può prevedere nel turno pomeridiano il ricorso all'equipe dell'urgenza.	Medico Anestesista Medico Ortopedico

RESPONSABILE DELL'APPLICAZIONE DEL PERCORSO

Sarà cura del responsabile del percorso, individuato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, monitorare la corretta applicazione della procedura, acquisendo giornalmente il bisogno di interventi della UOC di Ortopedia e Traumatologia e disponendo gli eventuali adeguamenti della lista operatoria giornaliera tali da soddisfare la tempistica prevista per la Chirurgia della frattura di femore.

VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA

Qualora vi sia l'indicazione all'intervento, verificato che siano stati richiesti gli esami preoperatoria comprensivi degli eventuali esami radiologici e dell'ECG refertato, la valutazione anestesiologicala,



che può a sua volta avvalersi di altre consulenze, se necessarie, andrebbe conclusa in DEA; tale valutazione potrà tuttavia essere eseguita anche in reparto, sempre con l'obiettivo di organizzare la sala operatoria per consentire l'intervento il più precocemente possibile, comunque entro le 48 ore dal trauma.

L'ora di accettazione in SO o la motivazione di eventuale rinvio e medico responsabile, vanno annotate sul Modulo dichiarazione di Urgenza Chirurgica firmato dall'Anestesista SO urgenza.

FASE PRE-OPERATORIA

I pazienti affetti da frattura di femore sono in genere pazienti fragili, la gestione in team della fase preoperatoria per questi pazienti impone una stretta collaborazione anche con l'area internistico/geriatrica/fisiatrica.

Gli obiettivi di questa fase sono:

- stabilizzare il paziente;
- fornire l'assistenza medica ed infermieristica necessarie per la valutazione di eleggibilità;
- preparare il paziente all'intervento chirurgico.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

I pazienti dovrebbero essere completamente valutati/inquadrati prima dell'intervento utilizzando il tempo che precede l'intervento per migliorare le condizioni cliniche generali, ripristinare idratazione e volume circolatorio, trattare le comorbidity croniche riacutizzate, stabilizzandole quanto più possibile.

La valutazione prechirurgica deve includere:

- valutazione autonomia motoria;
- valutazione dello stato cognitivo;
- preesistenti patologie ossee e articolari;
- preesistenti terapie (es. normoglicemizzante) da proseguire.

La conferma dell'operabilità del paziente prevede che il medico di reparto provveda a:

- prendere contatto diretto con l'anestesista in SO (*pur trattandosi di "urgenza" già richiesta, è prevista la pianificazione in lista operatoria di SO Ortopedica, sempre annotando il lasso tempo trascorso dalla richiesta all'intervento*);
- verificare la disponibilità dei TSRM;
- informare il paziente sul tipo di trattamento chirurgico e anestesiologicalo ai fini della sottoscrizione dei consensi.

L'Anestesista provvede a:

- effettuare la visita anestesiologicala per i pazienti eleggibili per l'intervento (che hanno completato l'iter di consulenze secondo i protocolli o che non ne hanno bisogno) nel minore tempo possibile;
- discutere collegialmente con gli ortopedici e i consulenti nel caso di pazienti FFP che necessitino di precauzioni perioperatorie specifiche;
- completare l'ottimizzazione richiedendo se necessario ulteriori indagini e/o aggiustamenti terapeutici;
- stabilire la tecnica anestesiologicala e il rischio perioperatorio e apporre il nulla osta;
- pianificare l'intensità assistenziale necessaria nell'immediato post-operatorio;
- preparare per l'intervento nei tempi concordati con lo Specialista Ortopedico.

Devono comunque essere garantiti su rilevazione infermieristica e sotto la responsabilità del medico di reparto:

- segnalazione giornaliera di quanti pazienti sono ricoverati in attesa di intervento e timing della richiesta;
- verifica della esecuzione e valutazione dei risultati esami richiesti;
- completamento della diagnostica-consulenze necessarie a preparare il paziente all'intervento;
- mantenimento dell'ossigenazione;
- prevenzione delle lesioni da pressione;
- eventuale necessità di trasfusioni;
- recupero dell'equilibrio idro-elettrolitico (caterizzazione vescicale solo se è presente incontinenza urinaria, o per interventi con durata 2 ore o superiore, o per pazienti cardiopatici in cui sia necessario il monitoraggio della diuresi e del bilancio idrico);
- controllo della temperatura corporea;
- controllo del dolore;

- rilevazione dei bisogni assistenziali e del rischio nutrizionale;
- verifica delle profilassi preoperatorie:
 - infezioni chirurgiche;
 - antitromboembolica.

L'inserimento del paziente in nota operatoria deve riportare:

- tipo di intervento;
- lato;
- strumentario necessario eventuali richieste di strumentario non standard;
- tipologia di antibiotico profilassi;
- anestesia prevista;
- necessità di amplificatore di brillantezza;
- tempo previsto di inizio e di fine dell'intervento (o durata stimata del tempo chirurgico).

Prima di portare il paziente in Sala Operatoria viene verificata la Check-list di sicurezza per la SO – parte riservata al reparto.

FASE OPERATORIA

L'obiettivo di questa fase è quello di fornire l'assistenza medica e infermieristica necessaria a garantire la massima sicurezza clinica per l'intervento chirurgico e la fase postoperatoria.

Non vengono descritte, ma solo di seguito elencate, tutte le attività che compongono questa fase:

- Accoglienza in SO secondo Check-list, (*l'ora di accettazione in SO va annotata sul Modulo dichiarazione di Urgenza Chirurgica a cura dell'Anestesista SO urgenza*);
- identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- identificazione di rischi e tecniche;
- monitoraggio parametri vitali;
- preparazione e erogazione tecnica anestesia;
- posizionamento chirurgico sul tavolo;
- verifica documentazione radiografica;
- intervento chirurgico;
- controllo radiografico post chirurgico;

- recupero dall'anestesia;
- monitoraggio e valutazione della dimissibilità dal Blocco Operatorio (stabilizzazione dei parametri vitali, correzione anemia e squilibri idroelettrolitici, trattamento dolore postoperatorio)
- consegne di trasferimento in reparto di degenza.

FASE POST-OPERATORIA

Gli obiettivi di questa fase sono:

- fornire assistenza medica, infermieristica e fisioterapica per stabilizzare le condizioni cliniche del paziente operato;
- ridurre il rischio e prevenire le possibili complicanze;
- riabilitare il più precocemente possibile l'orientamento temporo-spaziale, le funzioni motorie e la deambulazione.

Nella fase postoperatoria, oltre alle normali condizioni di monitoraggio del paziente anche in relazione alle comorbidità segnalate nel preoperatorio (o a quanto rilevato durante periodo di osservazione in area risveglio-eventuale ricovero in Terapia Intensiva, e annotato sulla Cartella) occorre prestare attenzione a:

- mobilizzazione precoce;
- valutazione fisiatrica;
- intervento dell'assistente sociale;
- altre consulenze utili al recupero psico-fisico.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

La precoce ripresa delle attività della vita quotidiana e il reinserimento del soggetto nel proprio contesto ambientale sono considerati obiettivi principali della presa in carico riabilitativa.

Il primo stadio della riabilitazione, in senso cronologico, ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, nell'immediato post-operatorio. Le modalità di presa in carico per la riabilitazione e la valutazione per la dimissione dalla fase acuta per la scelta delle strutture e servizi riabilitativi di fase post-acuta, dovranno essere previste sulla base della valutazione multidisciplinare dove il fisiatra si integra precocemente con le altre figure dell'équipe (ortopedico, geriatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale) e si interfaccia con il team della fase post-



acuta (MMG, Servizi Territoriali) anche utilizzando strumenti di comunicazione informatizzati che dovranno contenere indicazioni specifiche sul progetto riabilitativo individuale.

Anche le attività di nursing nella gestione del paziente anziano con frattura di femore svolgono un ruolo fondamentale per il raggiungimento degli outcome a breve e lungo termine; esso deve essere quindi svolto in ottica riabilitativa, ovvero finalizzata a prevenire e recuperare i danni di natura motoria e delle funzioni cognitive legati alla immobilizzazione prolungata. La prevenzione delle lesioni da decubito, il controllo del dolore e dello stato nutrizionale assumono in quest'ottica un particolare rilievo.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico e unico per ciascuna persona, di guida del percorso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF, definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia e i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti. Il PRI è elaborato dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti, entro 48 ore dall'intervento; gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi e di indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso.

Il secondo stadio della riabilitazione prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione, pubbliche e private accreditate.

Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di disabilità stabilizzata e di restrizione della partecipazione) e, pertanto, praticabili anche in termini di trattamento domiciliare o ambulatoriale, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

IL DISCHARGE PLANNING NELLA FASE ACUTA

Una precoce definizione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei percorsi riabilitativi successivi atti a garantire la continuità assistenziale può favorire le dimissioni precoci e ridurre la durata della degenza, il numero di re-ricoveri ed aumentare la soddisfazione del paziente.

La pianificazione del percorso alla dimissione del paziente deve iniziare già nelle prime 48 ore dal ricovero, deve assicurare la continuità assistenziale e prevede il coinvolgimento precoce del team

multidisciplinare intraospedaliero (ortopedico, geriatra, fisiatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale), dei referenti dei servizi territoriali coinvolti, del Responsabile del Distretto, del MMG, del paziente e dei familiari.

L'indicazione del corretto setting riabilitativo deve tener conto delle seguenti variabili:

1. **Condizione pre-morbosa** (pre-evento indice): pazienti con elevato grado di disabilità preesistente all'evento fratturativo (Rankin grado 4 o 5) non sono eleggibili per un trattamento riabilitativo intensivo;
2. **Funzioni cognitive**: un decadimento cognitivo preesistente (escludere delirium post-operatorio) di media entità o di entità medio-grave, da valutare con MMSE o con CDRS, solitamente indicano un percorso estensivo o RSA/domicilio;
3. **Malattia oncologica attiva**: anche in questo caso il percorso deve tener conto delle condizioni generali del paziente e della necessità di trattamenti e controlli clinici specifici;
4. **Indicatori di transizione**: altro fattore importante per il passaggio alla fase post-acuzie è data dalla stabilizzazione delle condizioni cliniche. Per una maggiore oggettivazione di tale variabili, sono stati definiti i seguenti criteri di transizione, con a fianco i rispettivi codici ICF.:
 - **Riduzione della vigilanza**: b1100 stato di coscienza (stupor, coma);
 - **Delirium**: b1102 qualità della coscienza (delirio);
 - **Instabilità clinica**: febbre>37.8°C: b5500.2>; tachicardia >100/min: b4100.2>, tachipnea>24apm b4400; ipotensione<90mmhg b4201; SaO2 <90% b440;
 - **Infezioni acute in atto**: b43501;
 - **Depressione**: b152;
 - **Dolore**: b270. b280;
 - **Disfagia**: b5105;
 - **Malnutrizione**: b530;
 - **Sondino NG/ PEG**: e1158;
 - **Ulcera da pressione**: b810. S810;
 - **Catetere Venoso Centrale**: e1158;
 - **Tracheostomia**: s4300. e1158.
5. **Concessione del carico**: pazienti con prolungato divieto di carico vanno assistiti in ADI o in RSA; qualora concomitino importanti comorbilità e/o complicanze (es. tromboembolismo, scompenso cardiaco severo) valutare l'opportunità della lungodegenza;

6. **Grado di disabilità:** Indice di Barthel modificato (B.I.m) e Functional Independence Measure (FIM): punteggi più alti in tali scale (esempio FIM>90, I.Bm> 75) indicano un trattamento riabilitativo estensivo, anche ambulatoriale o domiciliare, in assenza di particolari situazioni cliniche;
7. **Comorbidità:** va valutare con la scala CIRS;
8. **“Complessità” riabilitativa:** con tale variabile si intende la presenza di altre menomazioni rilevanti sulla performance dell’individuo, quali ad esempio un pregresso ictus, una concomitante grave BPCO, M. di Parkinson, ecc. Con questo aspetto si vuole sottolineare la peculiarità degli interventi riabilitativi, che non possono tener conto solo della “frattura”, ma della persona nella sua globalità. Pertanto, il PDTA deve essere adattato al funzionamento/disabilità della persona, valutata in ottica ICF;
9. **Possibilità di sostenere un trattamento riabilitativo di 1 ora/die o di 3 ore/die;**
10. **Situazione socio-familiare:** familiari di riferimento, caregiver, abitazione, situazione economico-finanziaria.

LA RIABILITAZIONE POST-ACUTA

I setting assistenziali in cui il paziente può proseguire la fase riabilitativa sono:

- Riabilitazione Intensiva (cod. 56);
- Riabilitazione Estensiva;
- Lungodegenza;
- RSA;
- Ambulatoriale;
- Domicilio.

L’obiettivo è di organizzare i setting riabilitativi in rete integrata, in modo da garantire il Percorso Riabilitativo Unico, nel rispetto dei **Criteri di attuazione del Governo Clinico previsti nel Piano di Indirizzo della Riabilitazione.**

- a) **Accessibilità e copertura della rete:** il percorso di presa in carico va attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità;
- b) **Tempestività:** effettuare gli interventi in rapporto alle fasi biologiche del recupero e alle necessità socio-ambientali;
- c) **Continuità:** garanzia di successione e integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting;

- d) **Appropriatezza:** priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona disabile, evitando mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche;
- e) **Interventi guidati da un programma riabilitativo inserito in un PRI;**
- f) **Interventi di validità riconosciuta e condivisa;**
- g) **Facilitazione della partecipazione attiva e consapevole del paziente e della sua famiglia;**
- h) **Approccio educativo al paziente:**

L'individuazione del setting assistenziale appropriato deve tener conto di quanto esposto nel paragrafo precedente del discharge planning. Qualora le condizioni premorbose, le condizioni cliniche generali, il grado di disabilità e le potenzialità di recupero lo consentano, il paziente va avviato al trattamento riabilitativo, intensivo o estensivo, ospedaliero o residenziale, tenendo conto dei seguenti parametri:

1) **BISOGNI ASSISTENZIALI:** Elevati Medi Bassi Assenti

C (carico assistenziale) cambiare la posizione corporea e trasferirsi, camminare e spostarsi, cura della persona:	autonomo <input type="checkbox"/>	dipendenza parziale <input type="checkbox"/>	dipendenza totale <input type="checkbox"/>
R (rischio di cadute, necessità di sorveglianza):	assente <input type="checkbox"/>	moderato <input type="checkbox"/>	elevato <input type="checkbox"/>
N (nursing) :	assistenza elevata <input type="checkbox"/>	media <input type="checkbox"/>	bassa <input type="checkbox"/>

2) **BISOGNI RIABILITATIVI:** Elevati Medi Bassi Assenti

3) **NECESSITÀ DI TUTELA MEDICA:** Elevata Media Bassa Assente

Per quanto riguarda i bisogni assistenziali, riabilitativi e la necessità di tutela medica, il riferimento è costituito dalla Rehabilitation Complexity Scale-Extended (RCS-E), scala clinimetrica in grado di graduare i punteggi di complessità assistenziale.

Pertanto i parametri di riferimento di guida del percorso sono così individuati:

- a) Condizione premorbosa (scala di rankin, demenza, malattia oncologica attiva);
- b) Disabilità: B.I.m o FIM;
- c) Complessità (RCS-E);
- d) Comorbidità (CIRS);
- e) **Situazione socio-familiare** (Famiglia ristretta, famiglia allargata, persone che prestano assistenza, lavoro retribuito, abitazione, servizi previdenziali/assistenziali, servizi di sostegno sociale generale, servizi sanitari).

PROPOSTA DI ALGORITMO DI PERCORSO RIABILITATIVO :

L'episodio attuale ha determinato una riduzione della performance?: No Si

Divieto di carico: No Si Controlli Clinici/Diagnostici: No Si Demenza: No Si

Bisogni assistenziali: elevati medi bassi assenti

Bisogni riabilitativi: elevati medi bassi assenti

FIM: _____ Barthel: _____

Complessità/instabilità: elevata media bassa assente

Problematiche socio-familiari: assenti presenti transitorie

RIABILITAZIONE INTENSIVA COD.56

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

LUNGODEGENZA

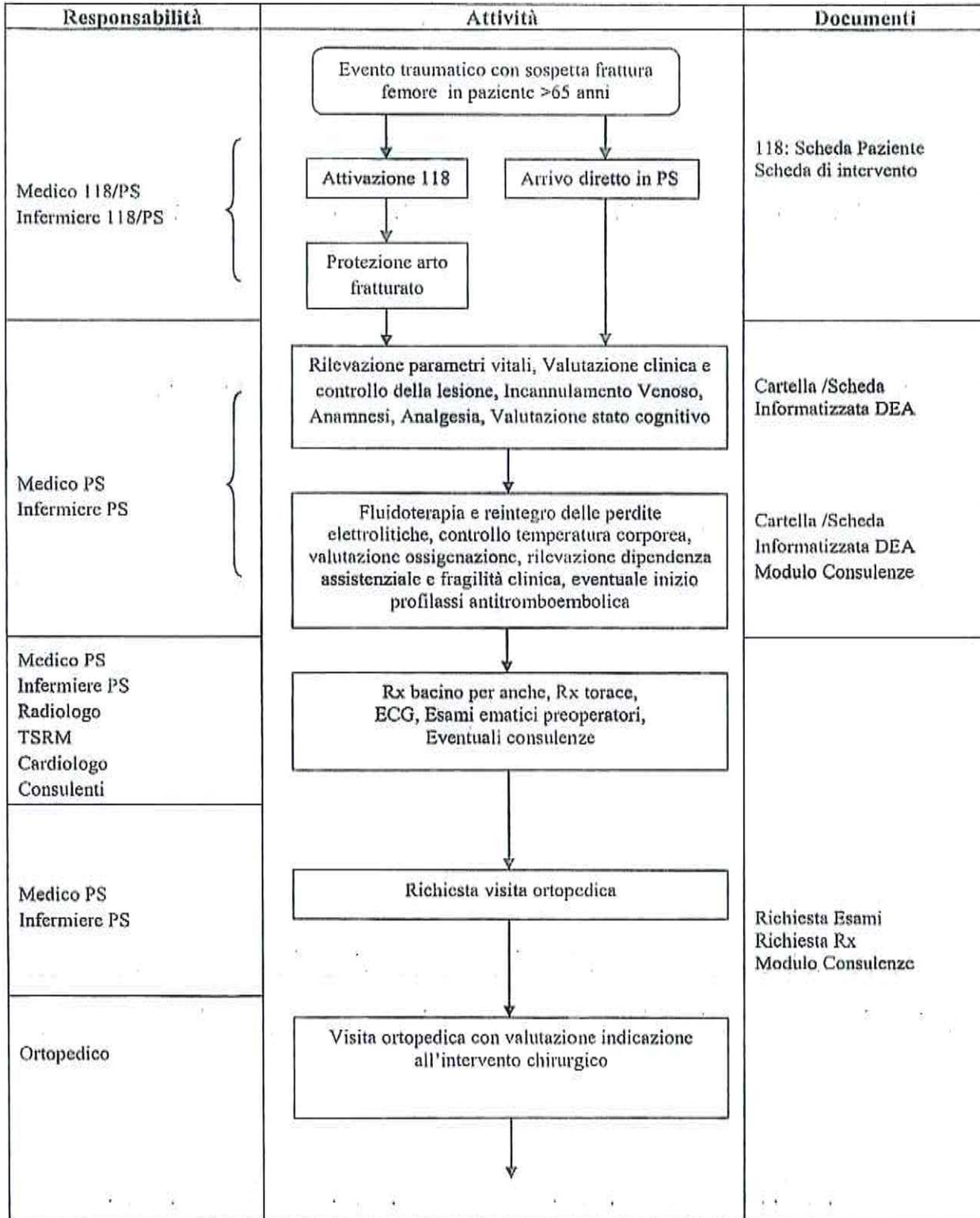
AMBULATORIO RRF

DIMISSIONE PROTETTA

ADI

RSA

Figura 1. Diagramma di flusso percorso FFP.



Responsabilità	Attività	Documenti
Medico U.O. Infermiere U.O.	Ricovero in Ortopedia o in reparto idoneo al trattamento della/c patologia/e predominante/i, secondo il modello orto-geriatrico	Cartella Clinica
Anestesista	Valutazione anestesiológica	Scheda anestesiológica
Ortopedico Anestesista Team multidisciplinare	Rivalutazione paziente e giudizio di operabilità ed eventuale richiesta di ulteriori esami e consulenze	Cartella Clinica di reparto Consenso Informato Richiesta esami
Ortopedico	Valutazione rischio tromboembolico. Prescrizione profilassi antitromboembolica e antibiotica. Acquisizione consenso informato	
Medico U.O. Infermiere U.O.	Preparazione per intervento	Cartella Clinica Check-list perioperatoria
Ortopedico Equipe di S.O.	Intervento Chirurgico	Check-list perioperatoria/ Registro operatorio
Radiologo	Radiografie di controllo	
Ortopedico Infermiere U.O.	Decorso post-operatorio	Referti radiologici Cartella clinica perioperatoria
Fisiatra Ortopedico Fisioterapisti	Programma riabilitativo congiunto con i terapisti della riabilitazione	
Ortopedico Infermiere	Dimissione paziente	Lettera Dimissione Proposta programma riabilitativo

5. INDICATORI

Indicatore	Target
Tempo max dall'arrivo in DEA al ricovero in reparto.	≤ 3 ore
Pazienti >65aa con frattura di femore operati con corretta effettuazione di profilassi anti-tromboembolica/Pazienti >65aa con frattura femore operati.	≥ 95%
Pazienti >65aa con frattura femore operati entro 48h dal ricovero/pazienti >65aa con frattura femore ricoverati.	≥ 60%
Pazienti >65aa con frattura femore mobilizzati precocemente (48h) dopo intervento/Pazienti >65aa con frattura femore operati.	≥ 80%
Pazienti >65aa con frattura di femore valutati per riabilitazione (dal Fisiatra ove presente o dall'Ortopedico) entro 48h dall'intervento/Pazienti >65aa con frattura femore operati.	≥ 60%
Percentuale delle strutture della ASL per le quali si sono tenuti gli incontri formativi/informativi sul PDTA della FFP/totale delle strutture della ASL che trattano la frattura di femore prossimale.	100%



ALLEGATO 1

INDICATORE: Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in merito alla presa in carico dell'organizzazione sanitaria e al tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore si utilizza l'indicatore "Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano".

Tale indicatore viene monitorato annualmente sia dall'Agenas attraverso il Programma Nazionale Esiti (PNE) che fornisce valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure, sia dal Ministero della Salute, mediante il monitoraggio del "Mantenimento dell'erogazione dei LEA", la cui verifica avviene attraverso l'utilizzo della "Griglia LEA".

Protocollo PNE

La proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni, viene calcolata dal PNE secondo il seguente protocollo:

Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni).

Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

Fonti informative: la fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Criteri di eleggibilità: tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane.



Interventi in studio: Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

Criteri di esclusione:

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a ≤ 1 giorno)*
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico

Nota: L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.

Il protocollo utilizzato dal monitoraggio LEA è riportato di seguito:

<p>Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario</p>	<p>(Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi))/ (numero dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore)</p>	<p>Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti con frattura del collo del femore. Sono da escludere i trasferiti, i politraumatizzati (DRG 484-487), i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) nei 2 anni precedenti, i ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO – Anno 2015.</p> <p>Validità del dato (-1): con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1. Il valore normale è definito in coerenza con il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).</p>
---	--	--

La metodologia di calcolo del PNE si differenzia da quella della "griglia LEA", secondo quanto rappresentato di seguito

	PNE	LEA
Numeratore	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni).	Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi)
Denominatore	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	Numero dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore
Criteri di eleggibilità	Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane.	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per in modalità ordinaria per acuti con frattura del collo del femore.
Criteri di esclusione	<ul style="list-style-type: none"> ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti; ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100; ricoveri per trasferimento da altra struttura ricoveri di politraumatizzati; DRG 484-487; ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti; ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a ≤ 1 giorno);* <p>* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) nei 2 anni precedenti; ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni; trasferiti; politraumatizzati (DRG 484-487); ricoveri preceduti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti; decessi;

Punteggi di valutazione

Il PNE utilizza una modalità di valutazione per aree cliniche e classi. A ciascun indicatore si attribuisce un peso proporzionale alla corrispondente rilevanza e validità nell'ambito dell'area clinica cui afferisce e a ciascuna delle classi di valutazione si attribuisce un punteggio variabile da 1 (qualità molto alta) a 5 (qualità molto bassa). Le soglie di valutazione per l'indicatore "Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano" sono riportate in dettaglio nella figura seguente.

Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
			1	2	3	4	5
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	601-70	501-60	401-50	< 40

Il monitoraggio LEA prevede l'utilizzo di soglie suddivise in 5 classi in funzione della distanza del valore dell'indicatore dallo standard nazionale ("valore normale") e a ciascuna classe è assegnato un punteggio.

Definizione	Peso	Classi di punteggi di valutazione				Validità del dato
		Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante ma in miglioramento	Scostamento non accettabile	
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1,5	≥ 60,00%	38,00% - 59,99%	< 38,00% e in aumento	< 38,00% e non in aumento	Con riferimento all'adempimento C "Obblighi informativi" (flusso informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "adempiente" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti è assegnato il punteggio -1.

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA". I punteggi finali vengono suddivisi in 2 classi di valutazione

<i>Valutazione</i>	<i>Intervallo del punteggio</i>
Adempiente	≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione ≤ 3)
Inadempiente	< 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione ≤ 3)

Risultati

Le valutazioni del PNE sono riportate nella tabella e nei grafici sottostanti.

Tabella 1. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Presidi Ospedalieri e delle Case di Cura Private della Regione Abruzzo, dati PNE 2016-2017.

NE 2016

NE 2017

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni						
STRUTTURA	PROVINCIA	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-		70827	54,64	-	-	-
Osp. S. Salvatore-L'Aquila	AQ	169	33,14	31,24	0,57	0
Osp. dell'Annunziata-Sulmona	AQ	105	19,05	18,97	0,35	0
Osp. S. Filippo e Nicola-Avezzano	AQ	166	25,3	27,25	0,5	0
Osp. di Castel di Sangro-Castel Di Sangro	AQ	48	2,33	-	-	-
CCA Di Lorenzo-Avezzano	AQ	7	85,71	-	-	-
CCA Villa Letizia-L'Aquila	AQ	4	25	-	-	-
Osp. S.S. Annunziata-Chieti	CH	191	56,02	55,74	1,02	0,76
Osp. Renzetti-Lanciano	CH	228	10,96	10,42	0,19	0
Osp. S. Pio da Pietralcina-Vasto	CH	134	65,67	64,51	1,18	0,011
Osp. Spirito Santo-Pescara	PE	320	16,25	16,14	0,3	0
Osp. S. Massimo-Penne	PE	47	48,94	-	-	-
Osp. S.S. Trinità-Popoli	PE	74	21,62	19,91	0,36	0
CCA Pierangeli-Pescara	PE	12	58,33	-	-	-
CCA Villa Serena - Città Sant'Angelo	PE	4	100	-	-	-
Osp. Mazzini-Teramo	TE	161	18,63	17,96	0,33	0
Osp. Maria S.S. dello Splendore-Giulianova	TE	108	27,78	26,33	0,48	0
Osp. S. Liberatore-Atri	TE	69	43,48	43,65	0,8	0,105
Osp. della Val Vibrata-Sant'omero	TE	93	33,33	30,98	0,57	0

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni						
STRUTTURA	PROVINCI A	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia-		71040	57,8	-	-	-
Osp. S. Salvatore-L'Aquila	AQ	136	36,03	35,07	0,61	0
Osp. Dell'Annunziata-Sulmona	AQ	101	58,42	60,58	1,05	0,562
Osp. S. Filippo e Nicola-Avezzano	AQ	172	28,49	29,91	0,52	0
Osp. di Castel Di Sangro-Castel Di Sangro	AQ	21	14,29	-	-	-
CCA Di Lorenzo-Avezzano	AQ	9	66,67	-	-	-
CCA Villa Letizia-L'Aquila	AQ	7	0	-	-	-
Osp. Clinicizz. SS. Annunziata Chieti-Chieti	CH	203	56,65	54,64	0,95	0,384
Osp. Lanciano Renzetti-Lanciano	CH	204	24,51	24,28	0,42	0
Osp. Vasto S. Pio Da Pietralcina-Vasto	CH	174	66,09	66,16	1,14	0,014
Osp. Spirito S. lo Pescara-Pescara	PE	307	23,78	23,52	0,41	0
Osp. S. Massimo Di Penne-Penne	PE	63	38,1	38,14	0,66	0,011
Osp. S. S. Trinita Popoli-Popoli	PE	70	31,43	30,11	0,52	0
CCA Pierangeli-Pescara	PE	18	55,56	-	-	-
CCA Villa Serena - Città Sant'Angelo	PE	-	-	-	-	-
Osp. Mazzini-Teramo	TE	146	15,75	15,07	0,76	0
Osp. Maria S. S. Dello Splendore-Giulianova	TE	84	27,62	21,78	0,38	0
Osp. S. Liberatore -Atri	TE	94	51,06	51,43	0,89	0,251
Osp. Della Val Vibrata-Sant'omero	TE	88	27,27	26,69	0,46	0

Grafico 1. Percentuale grezza di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Presidi Ospedalieri e delle Case di Cura Private della Regione Abruzzo, dati PNE 2016-2017.

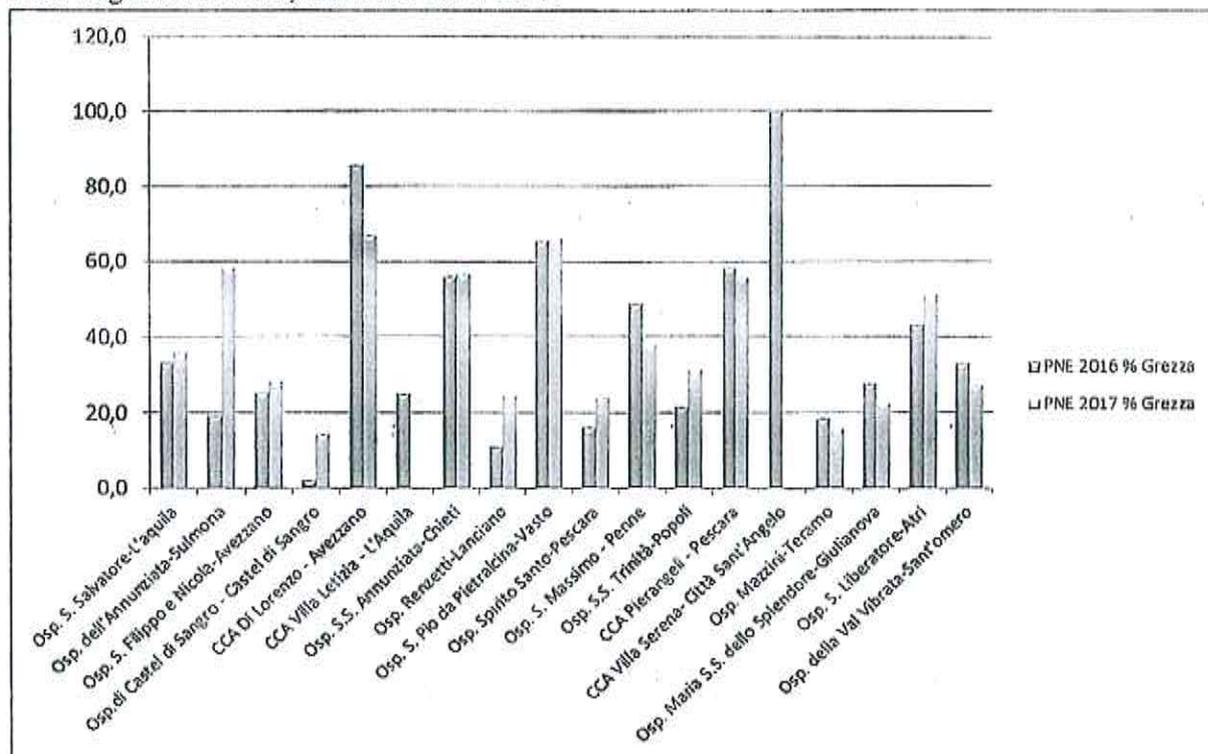
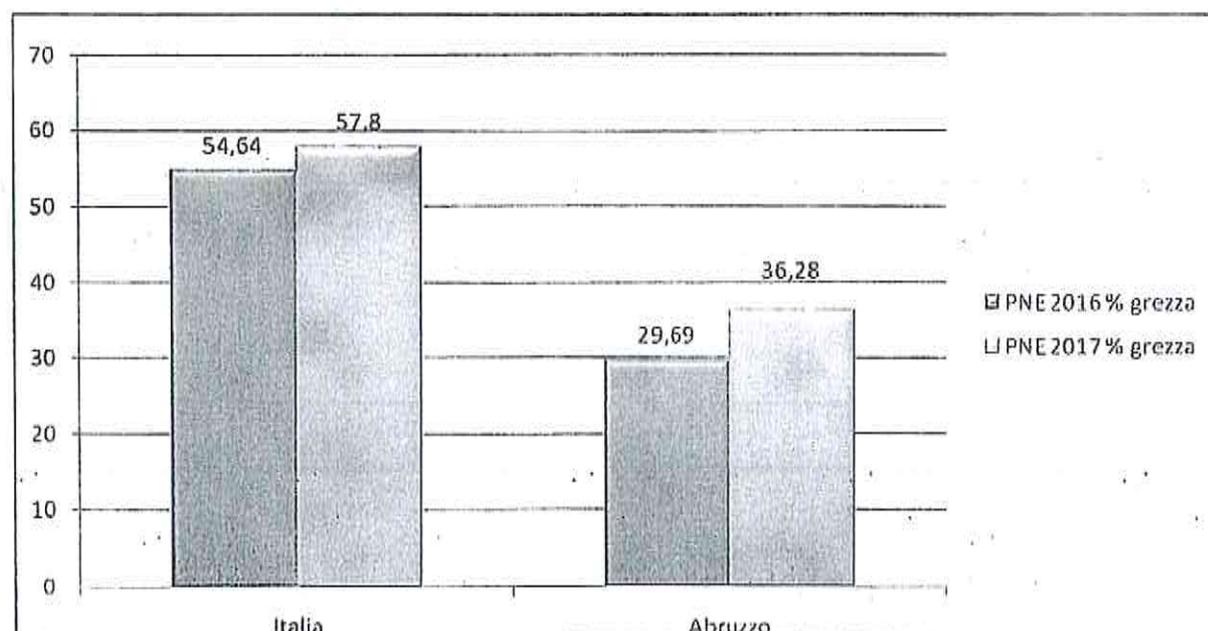


Grafico 2. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario Italia e Abruzzo, dati PNE 2016-2017.



Di seguito sono riportati i risultati del monitoraggio LEA.

Grafico 3. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Regione Abruzzo, anni 2001-2012.

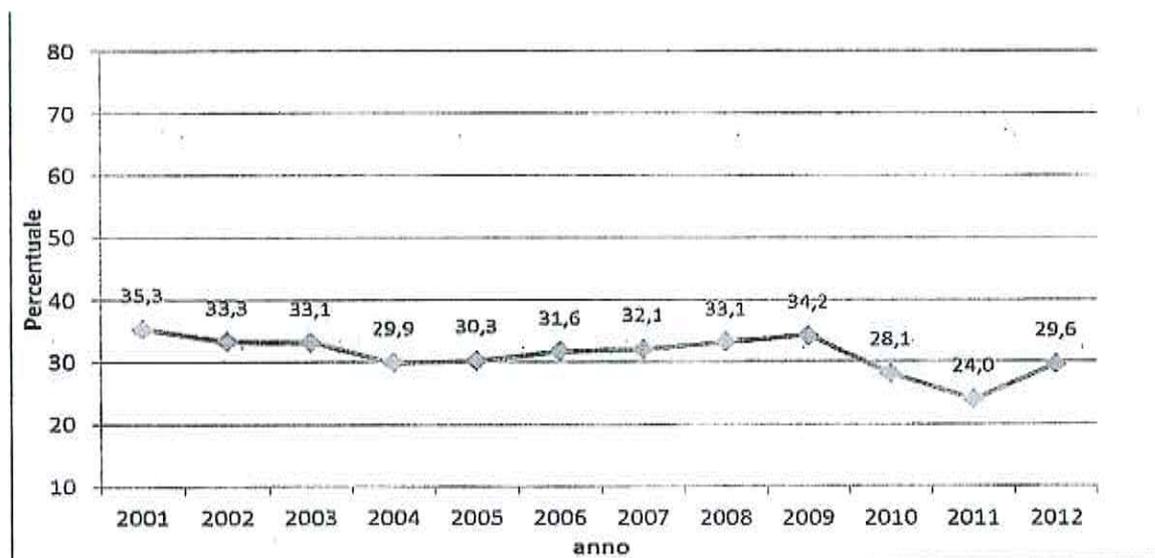


Tabella 2. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Anni 2010-2015.

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	31,27	32,91	42,87	52,06	62,89	63,25
Valle d'Aosta	66,86	76,33	72,11	84,62	84,66	87,62
Lombardia	38,43	38,75	41,52	46,36	49,14	58,30
P.A. Bolzano	76,67	77,66	73,89	79,97	76,56	80,26
P.A. Trento	31,03	28,15	38,50	54,42	59,97	75,31
Veneto	36,90	37,09	46,65	60,98	63,74	64,29
Friuli V.G.	45,20	46,93	46,51	49,20	63,00	73,05
Liguria	39,75	41,34	35,97	41,08	50,99	59,77
Emilia-Romagna	44,54	51,72	58,42	67,40	73,14	75,04
Toscana	52,39	54,46	64,73	66,53	66,57	71,99
Umbria	34,43	31,47	34,13	46,33	50,66	53,07
Marche	56,61	56,60	54,88	58,48	59,88	59,84
Lazio	24,88	29,10	34,74	45,16	54,47	60,56
Abruzzo	28,14	24,00	29,60	33,88	31,16	32,32
Molise	25,85	22,94	14,41	17,02	18,64	23,64
Campania	13,37	13,82	14,22	15,77	16,42	19,30
Puglia	15,74	21,75	26,85	34,36	41,56	45,80
Basilicata	17,04	17,29	29,75	47,30	50,10	46,79
Calabria	13,12	13,80	19,67	23,62	26,78	26,56
Sicilia	13,31	21,33	49,52	53,23	55,91	60,12
Sardegna	19,85	23,79	23,41	29,11	37,64	46,72