

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016

- originale
- copia controllata \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- copia non controllata \_\_\_\_\_ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

---

La presente procedura definisce le modalità per garantire alle persone anziane con frattura di femore un approccio assistenziale uniforme e omogeneo nei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Catania, in coerenza con le indicazioni della letteratura scientifica ed in applicazione degli standard regionali.

---

**Redazione**

**Dr. Alfio Cristaudo**, Responsabile U. O. Sistema Qualità Aziendale  
**Dr.ssa Maria Di Franco**, Direttore UOC Anziani e Cure Domiciliari  
**Dr.ssa Emilia Fisicaro**, Referente Rischio Clinico  
**Dr.ssa Maria Agata Mangano**, U. O. Sistema Qualità Aziendale

---

**Verifica**

**Dr. Alfio Cristaudo**, Responsabile U. O. Sistema Qualità Aziendale

---

**Approvazione**

**Dr. Francesco Luca**, Direttore Sanitario

---

**Ratifica**

**Dr. Giuseppe Giammanco**, Direttore Generale

---

La presente procedura è l'edizione 0 rev. 00 del 21-06-2016

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016

### **Premessa**

La frattura di femore nell'anziano rappresenta una delle principali cause di ricovero ospedaliero e viene considerata una "urgenza differibile". In condizioni di rischio, però, ogni decisione richiede una stretta condivisione dei criteri decisionali clinici al fine di pesare i benefici della stabilizzazione delle condizioni cliniche verso i rischi di un ritardo dell'intervento.

La scelta di rimandare l'intervento, quando appropriata 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 stabilizzato.

I pazienti con frattura di femore hanno un elevato rischio di lesioni da pressione a causa delle comorbidità preesistenti e della forzata immobilizzazione. Sarà cura dell'attività di nursing la correzione dei fattori di rischio come la malnutrizione, una attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito, la rotazione periodica del decubito e l'ispezione quotidiana delle sedi a rischio.

In generale la scelta della tecnica chirurgica 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.

La rapida stabilizzazione chirurgica della frattura è il metodo più efficace per trattare il dolore.

Un inadeguato trattamento del dolore perioperatorio è correlato a maggiore incidenza di delirium, depressione, complicanze cardio-polmonari, minore recupero delle capacità funzionali a breve e a 6 mesi, maggiore durata della degenza, scadente qualità di vita, incremento della mortalità.

La rilevazione del dolore e il relativo monitoraggio, già avviata nel Pronto Soccorso deve pertanto proseguire quotidianamente nel corso della degenza.

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

## Indice

PREMESSA .....	2
1.SCOPO .....	4
2.CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
3.RIFERIMENTI .....	4
4.TERMINI E DEFINIZIONI .....	4
5. DIAGRAMA DI FLUSSO .....	5
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	7
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	9
7.1 Pronto Soccorso .....	9
7.2 Fase pre-operatoria .....	11
7.3 Fase operatoria .....	14
7.4 Fase post-operatoria .....	15
7.5 Continuità assistenziale .....	15
8. INDICATORI .....	17
9.GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ .....	17
10. ARCHIVIAZIONE .....	17
11. DOCUMENTI RICHIAMATI .....	17

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di definire il percorso di cura del paziente anziano con frattura di femore, dall'ingresso in Pronto Soccorso fino alle dimissioni.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura deve essere applicata in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, i quali potranno predisporre protocolli formalizzati e condivisi, fra le diverse unità operative coinvolte nel percorso di cura, nel rispetto degli Standard Regionali.

## 3. RIFERIMENTI

- **D.A. 19 novembre 2015** “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore” Pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 53 Parte I del 18/12/2015
- **Norma UNI EN ISO 9000:2005** “Sistemi di gestione per la Qualità – Termini e definizioni”
- **Norma UNI EN ISO 9001:2008** “Sistemi di gestione per la Qualità – Requisiti”

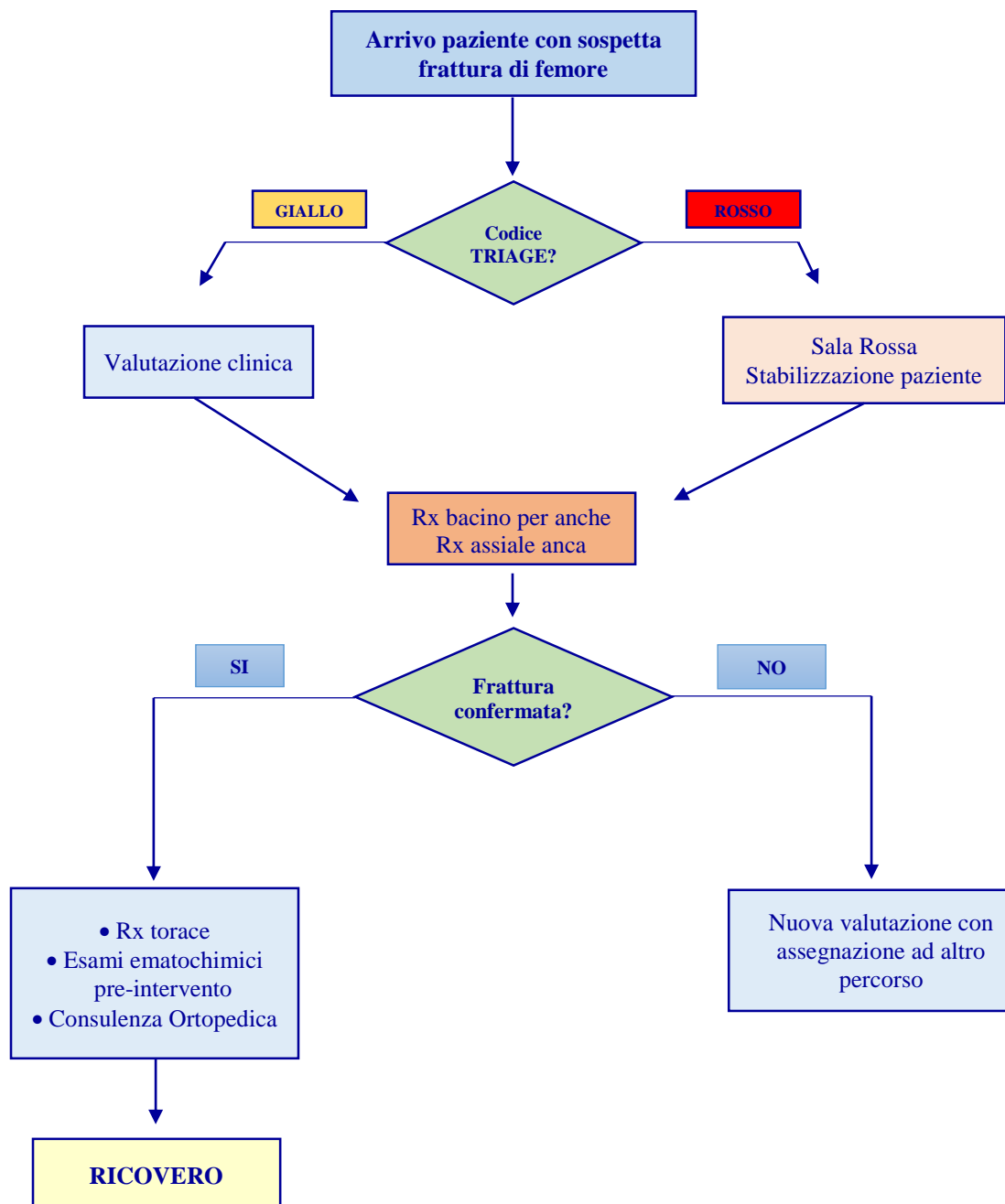
## 4. TERMINI E DEFINIZIONI

### 4.1 Acronimi

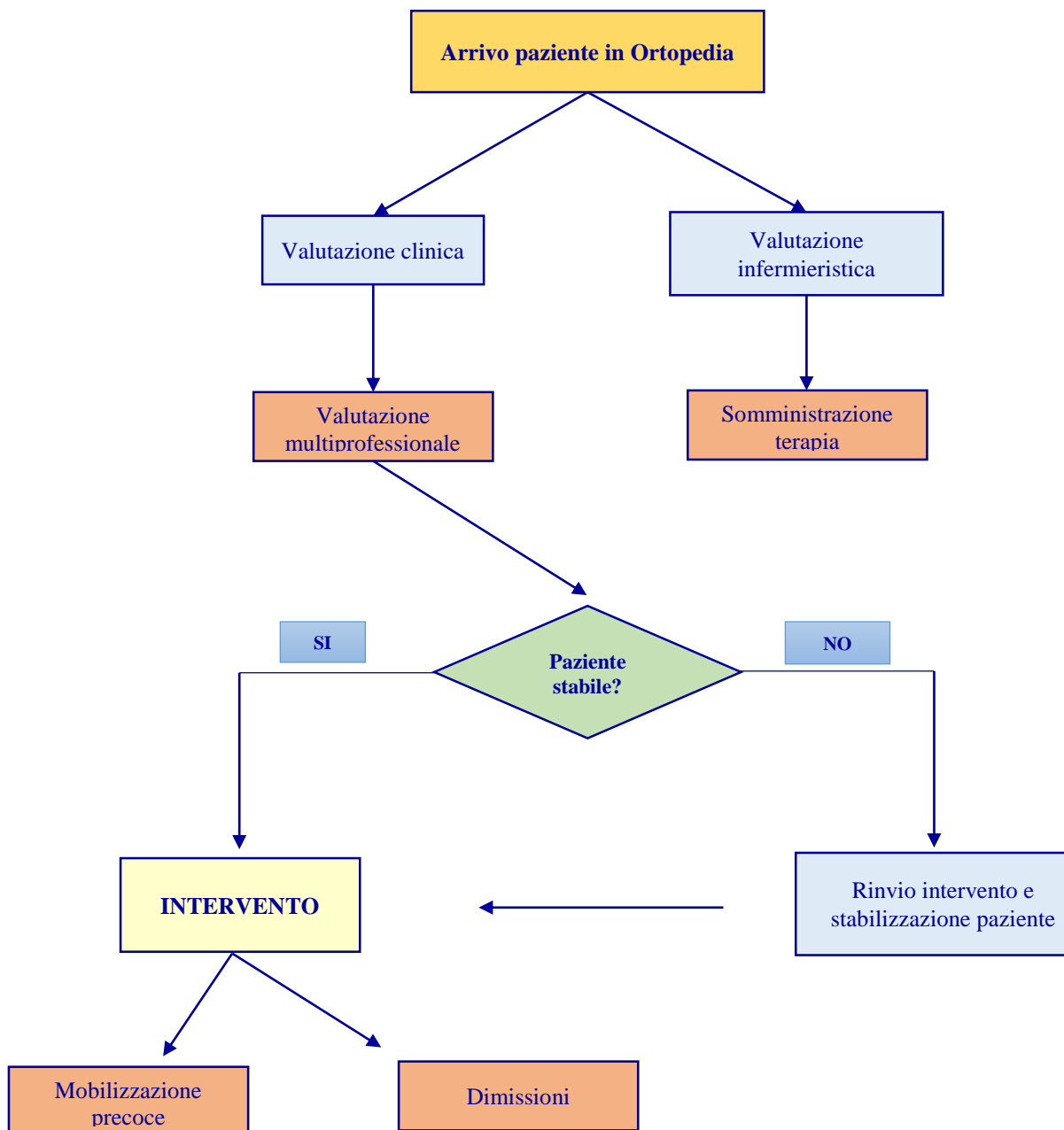
<b>UVM</b>	Unità di Valutazione Multidimensionale
<b>VMD</b>	Valutazione Multidimensionale
<b>RSA</b>	Residenza Sanitaria Assistita
<b>PAI</b>	Piano Assistenziale Individualizzato

## 5. DIAGRAMMA DI FLUSSO

### 5.1. Pronto Soccorso





## 5.2. Fase ospedaliera





## 6. RESPONSABILITÀ

### 6.1. Pronto Soccorso


<b>Professionalità</b>  <b>Attività</b> 	Infermiere PS	Medico PS	Medici orto-int/card
Accoglienza e Triage	R		
Valutazione clinica		R	
Consulenza specialistica		R	R

### 6.2. Fase pre-operatoria


<b>Professionalità</b>  <b>Attività</b> 	Infermiere Ortopedia	Medico Ortopedia	Medico Anestesista	Medici internisti/cardiologi
Presa in carico del paziente, valutazione clinica, valutazione bisogni infermieristici e monitoraggio dolore	R	R		
Richiesta consenso informato intervento		R	R	
Prescrizione profilassi antibiotica		R		
Somministrazione terapia antibiotica	R			
Valutazione esami di laboratorio		R	R	R
Profilassi antitrombotica		R		R

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

**6.3. Fase operatoria**

<b>Professionalità</b>  <b>Attività</b> ↓	<b>Medico Ortopedia</b>	<b>Medico Anestesista</b>	<b>Équipe operatoria</b>
Valutazione ed effettuazione anestesia		<b>R</b>	
Intervento chirurgico	<b>R</b>		
Valutazione e correzione eventuale anemia intra-operatoria		<b>R</b>	
Corretta gestione delle check list di sala operatoria e di conta garze	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>
Prescrizione radiografia post-chirurgica	<b>R</b>		

**6.4. Fase post-operatoria**

<b>Professionalità</b>  <b>Attività</b> ↓	<b>Infermiere Ortopedia</b>	<b>Medico Ortopedia</b>	<b>Medico Fisiatra</b>	<b>Fisioterapista</b>
Rilevazione parametri vitali e monitoraggio dolore	<b>R</b>			
Prescrizione farmacologica e nutrizionale post-operatoria		<b>R</b>		
Somministrazione terapia	<b>R</b>			
Mobilizzazione precoce	<b>R</b>	<b>R</b>		
Valutazione della riabilitazione post-chirurgica			<b>R</b>	
Trattamento riabilitativo				<b>R</b>
Dimissioni paziente	<b>R</b>	<b>R</b>		



## 7. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

### 7.1. Pronto Soccorso

Il paziente con sospetta frattura di femore viene accolto in Pronto Soccorso dall'Infermiere addetto al Triage che raccoglie e registra sulla cartella informatizzata i dati anagrafici, il motivo dell'accesso e la dinamica del trauma.

Nel caso in cui il paziente è trasportato in Pronto Soccorso da un'Ambulanza 118, l'Infermiere di Triage deve consultare il documento che accompagna il paziente.

#### 7.1.1. Accoglienza e Triage

L'Infermiere Professionale addetto al Triage ha il compito di:

- ❖ Definire le modalità del trauma;
- ❖ Assegnare il CODICE GIALLO;
- ❖ Valutare le funzioni vitali e i sintomi del paziente compreso il dolore.

I pazienti che presentano instabilità di più parametri vitali sono accettati in codice ROSSO e immediatamente condotti presso la "Sala Rossa" del Pronto Soccorso con attivazione dell'assistenza rianimatoria.

#### 7.1.2. Valutazione clinica

Il Dirigente Medico di PS provvede a:

- ❖ Definire l'anamnesi remota e prossima (circostanze e modalità con cui è avvenuto trauma, cronologia dei sintomi, fattori di rischio, terapia farmacologica concomitante), richiedendo, laddove non venga fornita, documentazione clinica completa del paziente ai familiari o accompagnatori;
- ❖ Esegue ECG;
- ❖ Valutare le comorbilità e le terapie in corso;
- ❖ Definire l'esame obiettivo generale;
- ❖ Valutare lo stato di idratazione e nutrizione;
- ❖ Valutare la continenza;
- ❖ Verificare e valutare il dolore;
- ❖ Valutare lo stato cognitivo;
- ❖ Informarsi sul grado di autonomia funzionale e cognitiva prima del trauma;
- ❖ Informarsi sulle condizioni sociali.

Il Dirigente Medico del PS, si relaziona anche con gli accompagnatori del paziente al fine di individuare subito gli eventuali caregiver e per acquisire precocemente l'eventuale documentazione clinica relativa a patologie pregresse od in atto ed alla terapia assunta.

Al fine di consentire l'accesso rapido in sala operatoria dei pazienti stabili, il Dirigente Medico di PS, dopo aver valutato l'ECG e aver disposto il prelievo ematico per l'esecuzione degli esami

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016

biochimici e dell'emogrupo, invia il paziente in Radiodiagnostica per l'esecuzione di Rx bacino per anche e Rx assiale dell'anca interessata.

In caso di ECG patologico, si procede a richiedere la consulenza cardiologica/internistica.

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 clinico-anestesiologica sull'operabilità del paziente stesso.

Nel caso in cui il Dirigente Medico Radiologo, dopo aver visionato la radiografia dell'anca, confermi la frattura di femore, autorizza l'esecuzione dell'Rx Torace pre-operatoria.

In caso di radiografie dubbie o di forte sospetto clinico pur in presenza di lastre negative, il Dirigente Medico Radiologo, autorizza l'esecuzione di una RMN. Se non è possibile eseguire RMN entro 24 ore o vi sono controindicazioni alla sua esecuzione può essere eseguita una TAC.

Il Dirigente Medico di PS, avuta la conferma di diagnosi di frattura di femore, attiva immediatamente la consulenza ortopedica per l'avvio della fase di ricovero in Ortopedia e conseguente dimissione dal PS.

A consulenza ortopedica effettuata il Dirigente Medico di PS dà disposizioni per il trasferimento del paziente accompagnato dalla seguente documentazione:

1. Cartella clinica di PS;
2. Referto esami di laboratorio;
3. Referto esame RX anca;
4. Referto esame Rx torace pre operatorio;
5. Tracciato ECG ed eventuale visita cardiologica.

In caso di indisponibilità del posto letto nell'U. O. di Ortopedia, il Dirigente Medico di PS, appoggia il paziente presso altra U. O. sempre all'interno del Presidio.

In caso di accertata indisponibilità di posto letto all'interno del Presidio, informa gli accompagnatori del paziente della indisponibilità di posto letto e della necessità del trasferimento presso la prima struttura sanitaria che renderà disponibile un posto letto di Ortopedia allo scopo di garantire al paziente stesso la continuità assistenziale appropriata.

L'ora di arrivo al PS e l'ora di dimissione dal PS devono essere registrate.

**Il paziente con frattura di femore deve essere trasferito dal PS entro le 4 ore dall'arrivo.**

### **7.1.3. Consulenza ortopedica**

Il Dirigente Medico di PS, avuta la conferma di diagnosi di frattura di femore, attiva immediatamente la consulenza ortopedica per l'avvio della fase di ricovero in Ortopedia e conseguente dimissione dal PS.

A consulenza ortopedica effettuata il Dirigente Medico di PS dispone il trasferimento del paziente presso l'unità operativa di Ortopedia.

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016

In caso di indisponibilità del posto letto presso l'U. O. di Ortopedia, il Dirigente Medico di PS, appoggia il paziente presso altra U. O. sempre all'interno del Presidio.

In caso di accertata indisponibilità di posto letto all'interno del Presidio, il Dirigente informa gli accompagnatori e il paziente della indisponibilità di posto letto e della necessità del trasferimento presso la prima struttura sanitaria che lo renderà disponibile allo scopo di garantire al paziente stesso la continuità assistenziale appropriata. In questa sede chiede il consenso al trasferimento.

## **7.2. Fase pre-operatoria**

Il paziente con frattura di femore confermata viene trasferito dal PS all'UOC Ortopedia entro 4 ore dall'arrivo in PS.

### **L'ora di arrivo in reparto deve essere registrata in cartella (clinica e infermieristica).**

L'infermiere di Ortopedia che accoglie il paziente in reparto, dopo aver assegnato il posto letto, registra nella cartella infermieristica i parametri vitali, i bisogni assistenziali del paziente e il monitoraggio del dolore e provvede a:

- informare il paziente e/o suoi familiari sugli orari dei pasti, delle visite, della somministrazione della terapia e di visita dei pazienti;
- illustrare al paziente l'uso dell'illuminazione ed i sistemi per comunicare con il personale di reparto per le eventuali necessità;
- acquisire il consenso al trattamento dei dati sensibili.

Deve inoltre favorire il coinvolgimento della persona assistita e del caregiver al fine di garantire la loro partecipazione al piano assistenziale e facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extra ospedaliero).

Il Dirigente Medico Ortopedico, che prende in carico il paziente, dopo aver visionato la cartella clinica di PS e gli esami strumentali e di laboratorio effettuati, compila la cartella clinica effettuando anche la valutazione di rischio tromboembolico e del dolore. Valuta/inquadra il paziente utilizzando il tempo che precede l'intervento chirurgico per migliorare le condizioni cliniche generali, ripristinare il volume circolatorio, trattare le comorbidità croniche laddove possibile in questo regime assistenziale.

La stretta integrazione fra competenze ortopediche, anestesilogiche, internistiche/cardiologiche favorisce l'ottimizzazione clinica e riduce il numero dei pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti. Per tale motivo il Dirigente Medico Ortopedico, sulla base delle informazioni cliniche acquisite, richiede le consulenze dell'anestesista e dell'internista cardiologo al fine di sottoporre i pazienti alla valutazione preoperatoria che ha come obiettivo la gestione multidisciplinare precoce delle condizioni di salute del paziente e la pianificazione della strategia terapeutica.

Una valutazione completa e approfondita e la stabilizzazione clinica del paziente sono prioritarie, ma non devono produrre inutili ritardi dell'intervento, poiché sia un eccessivo tempo di attesa sia la presenza di condizioni cliniche instabili nella fase preoperatoria possono aumentare il rischio

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

di complicanze nel postoperatorio.

Il Dirigente Medico Ortopedico valuta l'autonomia motoria, lo stato cognitivo e la presenza di preesistenti patologie ossee ed articolari e provvede, coadiuvato dall'Infermiere di Ortopedia, alla gestione della richiesta di sacche di sangue. La richiesta del sangue per l'intervento viene effettuata considerando le variabili riferite al paziente quali:

- età;
- sesso;
- Hb/ematocrito pre-operatori.

In particolare, per quanto riguarda quest'ultima variabile, si riportano i criteri decisionali previsti dal D.A.:

<b>Livello di emoglobina</b>	<b>Decisione trasfusionale</b>
> 10 g/dL	Trasfusione raramente indicata
< 6 g/dL	Trasfusione generalmente indicata
> 6 g/dL e < 10 g/dL	Zona grigia *
* ogni decisione inerente la trasfusione deve considerare: <ul style="list-style-type: none"><li>- la durata dell'anemia</li><li>- il volume intravascolare</li><li>- l'entità dell'intervento chirurgico</li><li>- la probabilità di perdite ematiche importanti</li><li>- la presenza di condizioni patologiche concomitanti come una funzione polmonare compromessa, una gittata cardiaca inadeguata, una ischemia miocardica, malattie circolatorie cerebrali o periferiche.</li></ul>	

Vi possono essere situazioni in cui alcune indagini cardiologiche sono giustificate, ad esempio la valutazione ecocardiografica preoperatoria in presenza di un soffio aortico da sospetta stenosi non ancora indagato o per valutare la funzione ventricolare in presenza di insufficienza cardiaca severa.

Le risultanze della valutazione multidimensionale, sia riguardante l'operabilità sia la non operabilità del paziente, devono essere registrate in cartella clinica.

I pazienti clinicamente stabili possono essere sottoposti direttamente all'intervento chirurgico.

Se il paziente è un paziente complesso con problematiche mediche che ne impediscono l'intervento entro le 48 ore andrà stabilizzato, possibilmente, presso una degenza medica per essere successivamente ritrasferito presso la UOC di Ortopedia non appena operabile.

I Dirigenti Medici di Ortopedia e Anestesia dovranno acquisire il consenso informato

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

all'intervento e all'anestesia così come previsto dalla Normativa vigente e dalle procedure Aziendali.

**7.2.1. Fattori clinici che possono ritardare l'intervento**

Le condizioni che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento e le condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento sono:

	ALTERAZIONE	MAGGIORE	MINORE
1	Pressione arteriosa	PA Sistolica $\leq$ 90	PA Sistolica $\geq$ 181 PA Diastolica $\geq$ 111
2	Ritmo e frequenza	FA o TSV $\geq$ 121/m' Tachicardia ventricolare BAV III° o bradicardia $\leq$ 45/m'	FA o TSV 101 – 120 TS $\geq$ 121 Bradicardia 46-50/m'
3	Infezioni/polmoniti	T < 35°C T $\geq$ 38,5°C con segni clinici o radiologici di polmonite	T < 38°C T $\geq$ 38,5°C senza segni clinici o radiologici di polmonite
4	Dolore toracico	Infarto miocardico di nuova Insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sotto-slivellato	Dolore toracico con ECG normale
5	Insufficienza cardiaca	Edema polmonare alla Rx del torace; Edema polmonare alla Rx con dispnea e/o obiettività polmonare alterata	Dispnea o rumori polmonari senza alterazioni radiologiche o segni di stasi al torace senza sintomi soggettivi
6	Insufficienza respiratoria	Sat O <sub>2</sub> < 90% o pO <sub>2</sub> < 60 mmHg pCO <sub>2</sub> $\geq$ 55 mmHg	pCO <sub>2</sub> 46 - 55 mmHg
7	Elettroliti	Na <sup>+</sup> $\leq$ 125 o > 155 mEq/L K <sup>+</sup> < 2,5 o > 6,1 mEq/L HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> < 18 o > 36 mEq/L	Na <sup>+</sup> = 126-128 o 151-155 mEq/L K <sup>+</sup> = 2,5-2,9 o 5,6-6,0 mEq/L HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 18-19 o 35- 36 mEq/L
8	Glicemia	> 600 mg/dL	451 – 600 mg/dL
9	Azotemia/Creatinina	Azotemia > 50 mg/dL o Creatinina $\geq$ 2,6 mg/dL	Azotemia 41 – 50 mg/dL o Creatinina 2,1 – 2,5 mg/dL
10	Anemia	Emoglobina $\leq$ 7,5 g/dL	Emoglobina 7,6 – 8 g/dL
11	Tempo di protrombina	INR > 1,6	INR 1,4 – 1,6

Le linee guida concordano che il trattamento con antiaggreganti piastrinici non giustifica un ritardo preoperatorio. In questi casi trovano indicazioni tecniche anestesiolgiche periferiche che, oltre a non richiedere la sospensione degli antiaggreganti, offrono il vantaggio di un effetto antalgico attivo anche nel periodo postoperatorio.

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Numerosi dati di letteratura evidenziano il rischio di sindromi coronariche acute in seguito alla sospensione del trattamento con tienopiridine, per tale motivo non sembra opportuno sospendere il trattamento in atto.

Per quanto riguarda il rischio di maggior sanguinamento operatorio nei soggetti che assumono antiaggreganti, gli studi eseguiti confermano un lieve incremento della richiesta di trasfusioni che comunque non controindica l'intervento.

Si consiglia comunque di avere a disposizione preparati piastrinici che possono essere utilizzati in caso di sanguinamento significativo.

La profilassi del TEV con anticoagulanti è da tempo prassi consolidata nella chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio, come pure nel trattamento delle fratture del collo del femore.

Si raccomanda la profilassi antibiotica preoperatoria entro i sessanta minuti dall'inizio dell'intervento.

### **7.3. Fase operatoria**

Obiettivo dell'intervento chirurgico, entro le 24 – 48 ore nei soggetti clinicamente stabili, è ottenere una sintesi stabile della frattura per consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico.

La possibilità di intervento nei tempi previsti richiede la disponibilità di sale operatorie, staff chirurgico ed anestesilogico.

È responsabilità della Direzione Medica di Distretto Ospedaliero in accordo con il team multidisciplinare, minimizzare i casi di ritardo dell'intervento per ragioni non cliniche.

Ogni Distretto Ospedaliero dovrà provvedere ad estendere l'orario di apertura delle sale operatorie, dare priorità nella redazione del programma operatorio giornaliero ai pazienti con frattura di femore, creare dei percorsi facilitati per l'accesso alla diagnostica.

La scelta anestesilogica, generale o regionale, deve essere individualizzata e deve tenere conto delle comorbidità del paziente, del grado di collaborazione, della presenza di controindicazioni all'utilizzo di una o dell'altra tecnica (es. terapia con alcuni farmaci antiaggreganti), della durata dell'intervento.

Di fondamentale importanza è cercare di mantenere l'omeostasi durante l'intervento, evitando in particolare l'ipotermia e gli squilibri idro-elettrolitici.

Sarà cura del Medico Anestesista valutare e correggere l'eventuale anemia durante l'intervento chirurgico e la redazione puntuale della check list di sala operatoria, in collaborazione con tutta l'equipe.

Il chirurgo ortopedico, che ha eseguito l'intervento, prescrive la radiografia di controllo e la profilassi del TEV.

### **7.4. Fase post-operatoria**

La valutazione clinica post-operatoria deve prevedere il monitoraggio e la sorveglianza dei

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016

seguenti parametri:

- ✓ Dolore
- ✓ Idratazione
- ✓ Anemia
- ✓ Ossigenazione ematica
- ✓ Alimentazione ed apporto calorico-proteico
- ✓ Prevenzione e gestione del delirium
- ✓ Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione
- ✓ Prevenzione dell'incontinenza e gestione del catetere vescicale
- ✓ Prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico.

La mobilizzazione precoce deve essere fatta entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore per verificare il carico, il tipo di recupero funzionale dopo l'intervento, l'eventuale comparsa di complicanze post-operatorie.

La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione, seduta / in piedi.

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa.

Il Dirigente Medico Ortopedico richiede la consulenza del Dirigente Medico Fisiatra al fine di condividere formalmente, insieme al team per ogni paziente, un Progetto riabilitativo individuale (PRI) e la relativa presa in carico mediante:

- il trasferimento presso una struttura riabilitativa;
- la dimissione protetta presso livelli assistenziali intermedi: Cure Domiciliari, Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

Per i pazienti non eleggibili alla riabilitazione post-acuzie intraospedaliera, il Referente delle dimissioni protette e/o l'Infermiere deve, 2 giorni prima dalla dimissione, segnalare al Distretto Sanitario Territoriale di competenza i dati sanitari utili per la presa in carico del paziente e, contestualmente, informare il Referente delle dimissioni protette della Direzione Medica del Presidio.

### **7.5. Continuità assistenziale**

Assicurare la continuità assistenziale, nel paziente con frattura di femore, è fondamentale per ridurre i tempi di degenza, evitare le riammissioni in ospedale e promuovere la soddisfazione personale.

L'U.O.C. di Ortopedia, fin dal ricovero del paziente nel reparto, deve elaborare il Piano di dimissione precoce al fine di garantire:

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

- La continuità delle cure intraospedaliere (continuità tra fase acuta, post acuta e di riabilitazione);
- La continuità delle cure extra ospedaliere attraverso le procedure di dimissione protetta e la presa in carico dei servizi socio-sanitari territoriali;
- Adeguati programmi di prevenzione secondaria;
- Il ripristino delle condizioni di vita precedenti alla frattura.

Il Piano di dimissione protetta richiede, pertanto, il coinvolgimento precoce del *team* multidisciplinare intraospedaliero, formalmente costituito (ortopedico, geriatra/internista, fisiatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale) e, successivamente, della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territorialmente competente per la valutazione multidimensionale (VMD) e la presa in carico nei servizi socio-sanitari domiciliari e/o residenziali.

L'ASP di Catania, nell'ambito del territorio provinciale ha già avviato procedure formalizzate di dimissioni protette dalle Aziende/Presidi Ospedalieri (*Deliberazione n.2124 del 26 giugno 2012*) per l'attivazione dei percorsi riabilitativo-assistenziali e di *follow-up* sia al domicilio del paziente, sia presso le RSA Pubbliche o Contrattualizzate e Accreditate con l'ASP di CT; in ogni caso il processo di valutazione multidimensionale, propedeutico alla scelta del *setting* assistenziale più appropriato, dovrà essere condotto secondo le indicazioni della Procedura Aziendale "*Valutazione Multidimensionale per Cure Domiciliari e Residenziali*" e dovrà essere con il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che comprenderà:

- Il programma riabilitativo curato dai vari professionisti della riabilitazione (obiettivi da raggiungere, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, esiti attesi, tempi di verifica e conclusione) per promuovere il miglior recupero delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente e prevedere le necessarie azioni di prevenzione secondaria;
- La valutazione e prescrizione degli ausili (sia in termini di appropriatezza che di utilizzo);
- L'eventuale assistenza infermieristica;
- Le attività di educazione al paziente e/o al *care-giver* utili a favorire una migliore efficacia delle prestazioni assistenziali e per la prevenzione secondaria. Tali attività hanno l'obiettivo di potenziare l'azione assistenziale volta a modificare la condizione funzionale del paziente e del contesto ambientale, se necessario.

In sintesi, per i pazienti geriatrici con frattura di femore, caratterizzati da condizioni di fragilità che necessitano di *nursing* infermieristico e riabilitativo al domicilio e/o in RSA, il Responsabile dell'U.O.C. di Ortopedia dovrà:

- Inviare la richiesta di VMD al Responsabile della UVM competente territorialmente entro 2 gg. dalla prevista dimissione del paziente;
- Coinvolgere il MMG nel caso di attivazione di cure domiciliari;
- Trasmettere tutta la documentazione prevista nella procedura aziendale di dimissioni protette.



## 8. INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Qualità Organizzativa	Rintracciabilità	N° di pazienti dimessi dal PS entro le 4h / N° di pazienti con accesso "Frattura femore" al PS	Entro il 31/12/2016 80% Entro il 31/12/2017 100%
		N° di pazienti operati entro le 48h / N° di pazienti operabili	90%
		N° pazienti mobilizzati con carico precoce entro 48 h / N° pazienti operati	>20 %

## 9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla PGQ-8-01 "Gestione delle non conformità" e registrate sui moduli M\_PGQ-8-1\_01 "Rapporto di Non Conformità" e M\_PGQ-8-01-02 "Registro delle Non Conformità".

## 10. ARCHIVIAZIONE

Codice	Denominazione	Periodo archiviazione <sup>1</sup>	Responsabile archiviazione	Luogo archiviaz.
PGS	Gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore	3 anni	RQ / UOQ	RQ / UOQ

## 11. DOCUMENTI RICHIAMATI

- **Allegato al D.A. 2025/2015** *Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore*

<sup>1</sup> Se non diversamente disposto dal Ministero dei Beni Culturali: "Prontuario di selezione per gli archivi delle aziende sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere"

**GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE**

**Ed. 0 Rev. 00  
Data 21-06-2016**

**Indice di revisione**

Ed.0 Rev. 00

**Motivo della revisione**

Emissione

**Data**

21/06/2016

GESTIONE INTEGRATA DEL PERCOSO DI CURA  
DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI  
FEMORE

Redazione

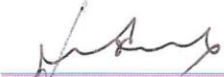


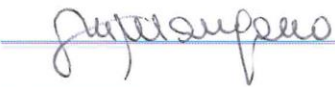
Data 21/06/2016

Alfio Cristaudo

Maria Di Franco

Emilia Fiscaro

Maria Agata Mangano

Verifica

Data 21/06/2016

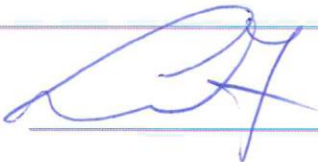
Alfio Cristaudo



Approvazione

Data 7/7/16

Francesco Luca



Ratifica

Data 15/7/16

Giuseppe Giammanco

