

**Procedura gestione integrata del percorso di cura
 delle persone anziane con frattura di femore
 (PDTA FEMORE)**

redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission
 International nel periodo maggio – giugno 2016

Rev. 00

Data 28/06/2016

Pag. 1 di 14 Pag. 1 di 14

Redazione	Carmelo Denaro Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I	Firma
	Gianfranco Longo Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia	Firma
	Mario Lombardo Direttore UOC Medicina Trasfusionale	Firma
	Anna Maria Longhitano Referente Aziendale Rischio Clinico	Firma
	Alberto Favetta Dirigente Medico Direz. Medica di Presidio	Firma
	Daniela Colombrita Dirigente Medico Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Firma
	Alessandra Tomasi Infermiere Coordinatore UOC Ortopedia e Traumatologia	Firma
	Mario Conti Coll. Prof. San. Esperto Direz. Medica di Presidio	Firma
Approvazione	Salvatore Giuffrida Direttore Sanitario Aziendale	Firma
	Carmelo Denaro Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I	Firma
	Anna Maria Longhitano Referente Aziendale Rischio Clinico	Firma
Adozione Aziendale	Direttore Generale Dott. Angelo Pellicanò	Firma

Il PNE (Piano Nazionale Esiti) disciplina i criteri di esclusione del seguente percorso

Il percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore si suddivide nelle seguenti fasi:

1. Fase intra-PS;
2. Fase ricovero;
3. Fase peri-operatoria
4. Fase post-intervento
5. Monitoraggio, reportistica e audit

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 1 di 14 Pag. 1 di 14
---	--	--

Redazione	Carmelo Denaro Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I Gianfranco Longo Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia Mario Lombardo Direttore UOC Medicina Trasfusionale Anna Maria Longhitano Referente Aziendale Rischio Clinico Alberto Favetta Dirigente Medico Direz. Medica di Presidio Daniela Colombrita Dirigente Medico Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Alessandra Tomasi Infermiere Coordinatore UOC Ortopedia e Traumatologia Mario Conti Coll. Prof. San. Esperto Direz. Medica di Presidio
Approvazione	Salvatore Giuffrida Direttore Sanitario Aziendale Carmelo Denaro Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I Anna Maria Longhitano Referente Aziendale Rischio Clinico
Adozione Aziendale	Direttore Generale Dott. Angelo Pellicanò

Il PNE (Piano Nazionale Esiti) disciplina i criteri di esclusione del seguente percorso

Il percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore si suddivide nelle seguenti fasi:

1. Fase intra-PS;
2. Fase ricovero;
3. Fase peri-operatoria
4. Fase post-intervento
5. Monitoraggio, reportistica e audit

 OSPEDALE CANNIZZARO CATANIA AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 2 di 14 Pag. 2 di 14
--	--	--

1. Fase intra-PS

Il tempo di permanenza del paziente in PS non deve superare le 4 ore.

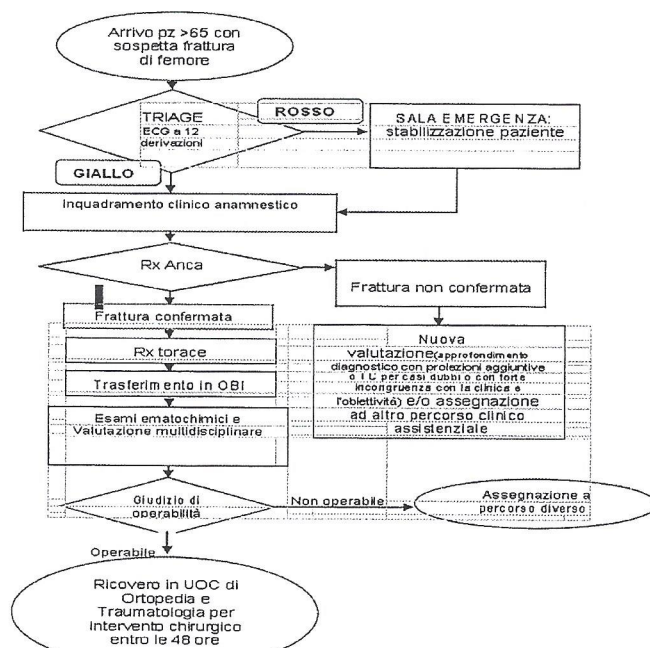
a) Triage infermieristico

- Il paziente che presenta la tipica sintomatologia sospetta per frattura di femore (dolore all'inguine, arto accorciato ed extra ruotato, impossibilità alla mobilizzazione) insorta dopo eventi traumatici minori o anche semplici spostamenti, viene accettato in codice giallo e avviato a visita medica.
- L'infermiere triagista effettua la valutazione del dolore secondo protocollo aziendale
- L'infermiere rileva i parametri vitali e la saturimetria

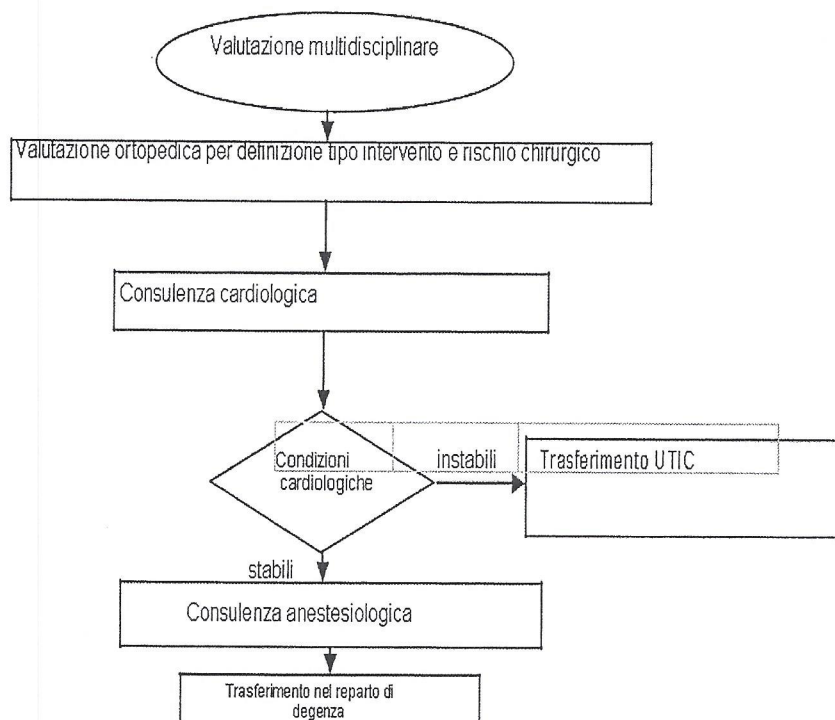
b) Valutazione medica e presa in carico del paziente

- La valutazione clinica comprende un attento esame obiettivo (con particolare attenzione alla capacità di deambulazione antecedente alla caduta e a eventuali danni neurologici).
- Il medico di PS valuta se iniziare l'infusione di soluzione fisiologica o di soluzioni bilanciate elettrolitiche prestando attenzione al possibile sovraccarico di circolo in paziente con importanti comorbidità.
- Successivamente il medico prescrive:
 - o le indagini radiologiche (Rx anca e bacino, torace pre-operatorio se la frattura è confermata);
 - o ed esami ematochimici pre-operatori.
- Per i pazienti in terapia con anticoagulanti orali (TAO) vedi allegato 1
- L'infermiere che prende in carico il paziente, oltre ad eseguire quanto prescritto dal medico, deve effettuare una valutazione del rischio di lesioni da pressione attraverso la compilazione della scala di Braden ed in caso di accertato rischio attiva i comportamenti necessari come da protocollo aziendale. (vedi allegato. 2)
- L'infermiere avrà cura di gestire ed segnalare eventuali condizioni di ipotermia.
- Il medico internista di PS valuta il trasferimento in OBI del paziente e attiva il team multidisciplinare (all. 3) prevedendo il coinvolgimento del consulente cardiologo, ortopedico ed anestesista in PS. Valutate le condizioni generali del paziente e di frattura riscontrate, concorda con l'ortopedico, il ricovero presso UOC di Ortopedia e Traumatologia per l'eventuale intervento chirurgico entro le 48 ore.

Flow chart fase P.S.



Flow chart valutazione multidisciplinare



Matrice di responsabilità fase intra-PS

Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE)

redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission
International nel periodo maggio – giugno 2016

Rev. 00

Data 28/06/2016

Pag. 4 di 14 Pag. 4 di 14

Descrizione	Funzione
Medico internista PS	• Effettua l'esame obiettivo con particolare attenzione ad eventuali danni neurologici riportati a seguito della caduta • Esegue un'anamnesi accurata dalla capacità di deambulazione antecedente alla caduta • Valuta se iniziare terapia infusionale • Prescrive indagini radiologiche ed ematochimiche pre-operatorie • Applica il protocollo di gestione dei pazienti in TAO • Valuta il trasferimento in OBI • Attiva il team multidisciplinare • Richiede eventuali consulenze specialistiche • Mette in atto ogni eventuale ulteriore accorgimento ritenuto utile per il trattamento del caso
Infermiere triagista	• Effettua l'esame obiettivo • Assegna il codice di priorità • Effettua la valutazione del dolore • Rileva i parametri vitali e la saturimetria
Infermiere in area post-triage	• Esegue le prescrizioni mediche e l'ECG • Valuta il rischio di lesioni da pressione attivando gli opportuni interventi secondo protocollo aziendale • Gestisce e segnala eventuali condizioni di ipotermia
Medico radiologo	• Referta Rx anca e bacino • Nel caso di frattura dà disposizione per l'esecuzione del torace pre-operatorio (come prescritto dal medico di PS)
Ortopedico	• Effettua consulenza per definire il tipo di intervento e l'eventuale rischio chirurgico • Mette in atto ogni eventuale ulteriore accorgimento ritenuto utile per il trattamento del caso
Cardiologo	• Effettua consulenza valutando le condizioni cardiocircolatorie del paziente al fine dell'intervento operatorio • In caso condizioni cardiologiche patologiche, dispone ogni utile percorso diagnostico terapeutico per il paziente.
Anestesista	• Valuta le condizioni generali del paziente contestualmente agli esami ematochimici, radiologici ed elettrocardiografici • Esprime il giudizio di idoneità all'intervento

2. Fase ospedaliera di ricovero

a) Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica

L'assessment multidimensionale costituisce la metodologia di approccio al paziente e la base per l'intervento di cura e le scelte decisionali. Esso deve essere eseguito all'ingresso in reparto o comunque il più rapidamente possibile (solitamente entro 48 ore dal ricovero anche nel caso di ingressi festivi o prefestivi).

Il trattamento chirurgico costituisce lo standard di cura per la frattura di femore, indipendentemente dall'età. Ogni decisione sulla non operabilità del paziente con frattura di femore deve basarsi sui risultati dell'assessment multidimensionale e deve essere discussa nell'ambito del team multidisciplinare di cui all'allegato 3.

La stretta integrazione fra competenze ortopediche, anestesologiche, geriatriche/ internistiche e di altri professionisti coinvolti favorisce l'ottimizzazione clinica e riduce il numero dei pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti.

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 5 di 14 Pag. 5 di 14
---	--	--

b) Nursing

Il nursing nella gestione del paziente anziano con frattura di femore svolge un ruolo centrale per raggiungere gli obiettivi di cura complessivi, dall'ingresso in reparto fino alla dimissione, a garanzia della continuità del percorso pre e post chirurgico del paziente.

A causa della complessità clinica e dell'elevato rischio di complicanze è necessario un intervento interdisciplinare, dove la funzione infermieristica deve porre particolare attenzione alla valutazione e decodifica dei bisogni dell'assistito, alla gestione dei disturbi cognitivi (es. delirium) e dei rischi derivanti dalle condizioni di riposo forzato, alla prevenzione e gestione di lesioni cutanee, alla valutazione e controllo del dolore, attraverso l'utilizzo di scale validate con particolare attenzione ai pazienti con funzioni cognitive deteriorate. Altrettanta importanza assume l'attenta gestione dell'apporto idrico ed alimentare.

Il ruolo strategico del nursing si concretizza inoltre nel favorire il coinvolgimento della persona assistita e del caregiver al fine di garantire la loro partecipazione al piano assistenziale e per facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extra ospedaliero).

c) Criteri di stabilità clinica

I pazienti clinicamente stabili possono essere 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.

Si riportano di seguito le condizioni che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori) (McLaughlin 2006).

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 6 di 14 Pag. 6 di 14
---	--	--

	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'	FA o 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 Segni clinici di polmonite Segni radiologici di polmonite
4	Dolore toracico	Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato	Dolore toracico con ECG normale
5	Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o scompenso cardiaco congestizio con versamento all'esame radiologico 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 => 55 MmHg	PCO2 46-55 mmHg
7	Elettroliti	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	>600 mg/dl	451-600 mg/dl
9	Azotemia/creatinina	Azotemia > 50 mg/dl o creatinina = > 2.6 mg/dl	Azotemia 41- 50 mg/dl o creatinina 2.1- 2.5 mg/dl
10	Anemia	Hb <=7.5 g/dl	Hb 7.6 -8 g/dl

d) Assistenza nella fase acuta

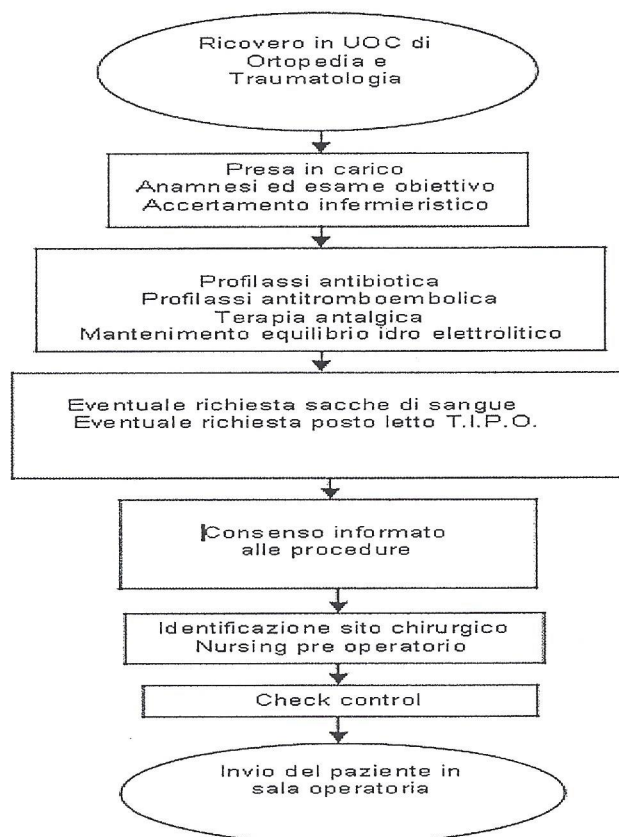
Importante nella fase acuta garantire al paziente una efficace assistenza che prenda in carico i seguenti aspetti

- prevenzione del tromboembolismo venoso;
- prevenzione delle ulcere da pressione e profilassi antibiotica;
- l'assessment geriatrico/internistico globale;
- i criteri di stabilità clinica e le procedure preoperatorie;
- la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante;
- la gestione del dolore;
- la gestione dell'ipovolemia;
- la gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale;
- la valutazione dello stato nutrizionale e la supplementazione calorico-proteica;
- il monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno.

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 7 di 14 Pag. 7 di 14
---	--	--

Il supporto trasfusionale richiesto per i pazienti con frattura del femore, necessita di una complessiva gestione nel periodo perioperatorio che consenta di ridurre il rischio di esposizione del paziente agli emocomponenti allogenici. Vedi istruzione operativa Medicina Trasfusionale IST 02 PRO ADE del 18/2/2016.

Flow Chart fase di ricovero



Matrice di responsabilità fase di ricovero

Descrizione	Funzione
Responsabile ortopedia	• Responsabile del processo
Ortopedico	• Prende in carico il paziente • Effettua l'anamnesi e l'esame obiettivo • Valuta se iniziare terapia infusionale • Prescrive eventuali ulteriori indagini radiologiche ed ematochimiche pre-operatorie • Applica il protocollo di gestione dei pazienti in TAO • Richiede eventuali consulenze specialistiche • Valuta il rischio di tromboembolismo venoso e applica la procedura aziendale di prevenzione; • Somministra il consenso informato di competenza

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 8 di 14 Pag. 8 di 14
---	---	---

	• Identifica il sito chirurgico • Prescrive profilassi antibiotica
Medico Internista/Geriatra	• Esegue l'assessment geriatrico/internistico globale • Valuta e decodifica i disturbi cognitivi del paziente • Corregge eventuali alterazioni elettrolitiche, scompenso cardiaco o diabetico, anemia significativa richiedendo se opportuno, consulenze specialistiche; • Valuta lo stato nutrizionale ed eventualmente apporta utili correttivi • Valuta la necessità di ossigenoterapia
Anestesista	• Richiede, se necessario, le sacche di sangue al centro trasfusionale per una eventuale emotrasfusione; • Accerta la disponibilità del posto letto in TIPO • Somministra il consenso informato di competenza
Infermiere	• Rileva i parametri vitali e la saturimetria • Valuta il rischio di insorgenza di LDD e applica la procedura aziendale di prevenzione • Applica il protocollo aziendale di prevenzione del dolore • Rileva il bilancio idrico del paziente • Gestisce, se presente, l'incontinenza vescicale del paziente applicando, previa prescrizione medica, il catetere vescicale • Esegue la profilassi antibiotica se prescritta • Mette in atto il nursing preoperatorio

3. Fase peri-operatoria

a) Intervento chirurgico

Le principali linee guida raccomandano tecniche di fissazione interna per fratture intracapsulari composte e riduzione e fissazione interna o protesi (endoprotesi o protesi totali) nelle forme intracapsulari scomposte. La fissazione interna tuttavia è in genere riservata a pazienti più giovani, nei quali, l'aspettativa di vita è superiore a quella della protesi. In genere, nel paziente geriatrico è preferibile l'endoprotesi che, seppure più invasiva, consente il carico immediato con minori rischi di reintervento per fallimento della fissazione, oppure la protesi totale in soggetti attivamente deambulanti all'esterno, in buone condizioni di salute e cognitivamente competenti, o in caso di artrosi inveterata. La sintesi può avvenire con vite-placca, chiodo endomidollare o similare.

Al fine di assicurare la sicurezza in sala operatoria si applica la procedura aziendale sul percorso del paziente chirurgico.

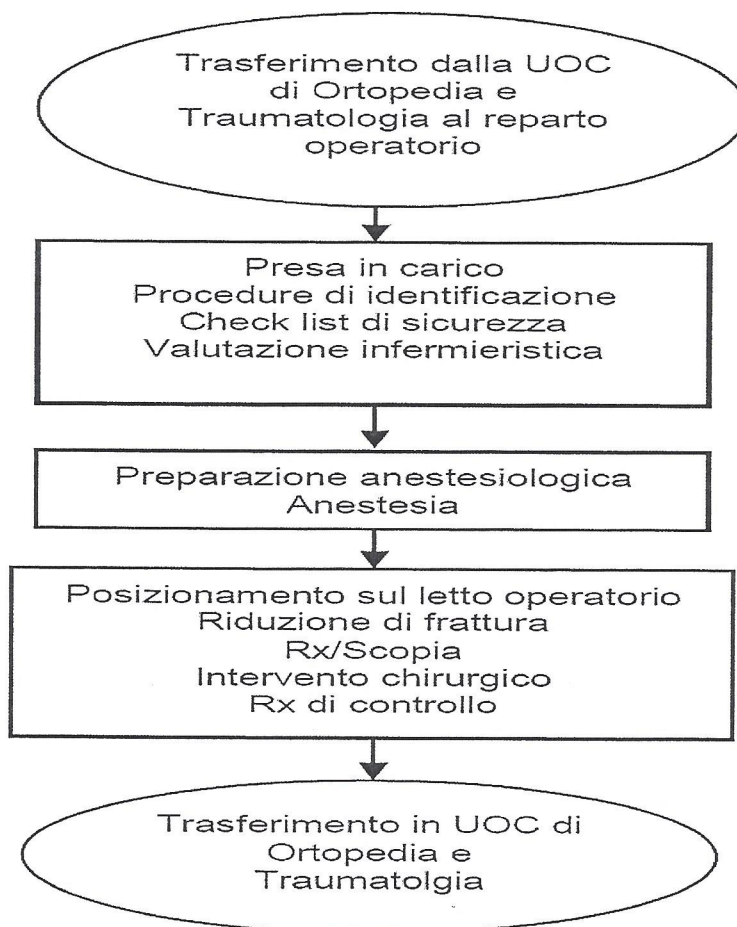
b) Anestesia

Il delirium post-operatorio sembra essere correlato alla pre-esistenza di deficit cognitivi, di depressione, ad alterazioni elettrolitiche, alla presenza di deficit visivi o uditivi, all'utilizzo di benzodiazepine, di farmaci anticolinergici più che al tipo di anestesia (generale o regionale).

Alla luce di quanto esposto, non è possibile stabilire a priori quale sia il tipo di anestesia migliore in questo ambito. La scelta deve essere individualizzata e 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 (ove non già disponibili, si raccomanda di dotare i reparti di anestesia di metodi non invasivi di monitoraggio emodinamico).

Flow chart percorso perioperatorio



Matrice di responsabilità percorso perioperatorio

Descrizione	Funzione
Ortopedico	E' responsabile del processo; Effettua la riduzione della frattura e l'intervento chirurgico; Applica la check list di sala operatoria per la parte relativa al chirurgo
Anestesista	Applica la check list di sala operatoria per la parte relativa all'anestesista; Garantisce l'omeostasi del paziente durante l'intervento chirurgico Dispone il trasferimento in reparto del paziente operato
Infermiere	Applica la check list di sala operatoria per la parte infermieristica (riconoscimento paziente, controllo presenza esami, verifica preparazione all'intervento allergie, etc.) Esegue la "conta" delle garze dei ferri chirurgici e dei taglienti impiegati durante l'intervento;

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 10 di 14 Pag. 10 di 14
---	---	---

	Posiziona il paziente sul lettino operatorio
--	--

4. Fase post-operatoria

Nel periodo postoperatorio è fondamentale monitorare e sorvegliare alcuni aspetti critici. L'incidenza di complicanze mediche è correlata al numero delle comorbidità pre-frattura e alla presenza di patologie acute non stabilizzate prima dell'intervento.

L'insorgenza di complicanze maggiori in particolare di tipo cardiaco e polmonare, rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza a breve e a lungo termine. Nella fase post-operatoria la presenza del geriatra/internista è fondamentale per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente.

a) Principali aspetti da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria a cura del medico di reparto in collaborazione con il personale infermieristico ed eventuali consulenti:

- 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

b) Presa in carico riabilitativa precoce e la riabilitazione nella fase acuta

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa. La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione (seduta – in piedi).

È noto che la mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore) migliora in modo significativo l'autonomia nei trasferimenti e nel cammino in settima giornata dopo l'intervento. Per quanto riguarda il tipo di trattamento fisioterapico, vi sono evidenze che un training aggiuntivo di rinforzo muscolare migliora significativamente la forza dei flessori dell'anca, del quadricipite e la velocità del cammino rispetto al training standard, ma non vi sono differenze nelle ADL, nel cammino e nella capacità di effettuare i passaggi seduto-in piedi.

Per ogni paziente preso in carico viene stilato, da parte del team della riabilitazione, il Progetto riabilitativo individuale (PRI) portato avanti con il supporto degli infermieri.

c) Gestione della fase post-acuta

- Vitamina D e trattamento farmacologico

La normalizzazione dei livelli sierici facilita il recupero funzionale e riduce il rischio di caduta e di ulteriori fratture. Tutti i soggetti con frattura di femore devono ricevere un trattamento con vitamina D, finalizzato al raggiungimento di livelli superiori a 30 ng/ml, a cui deve seguire una supplementazione a lungo termine di almeno 1000-2000 U (25-50 µg) die.

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 11 di 14 Pag. 11 di 14
---	--	---

I soggetti osteoporotici con elevato rischio di frattura devono inoltre essere valutati dal punto di vista osteometabolico e ricevere un trattamento antiosteoporotico. I farmaci antirassorbitivi (bifosfonati) sono da considerarsi i farmaci di prima scelta se non controindicati.

- Valutazione del rischio di cadute per la prevenzione secondaria del paziente con frattura di femore

d) Pianificazione della dimissione nella fase acuta

Occorre pianificare il percorso del paziente, già dall'ingresso nel reparto per acuti e ridefinirlo, se necessario, nel corso del ricovero, in particolare dopo l'intervento chirurgico e ogni qualvolta emergano variazioni cliniche, funzionali o socio-assistenziali significative.

La dimissione protetta richiede il coinvolgimento precoce del team multidisciplinare intraospedaliero (ortopedico, geriatra/internista, fisiatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale), dei referenti dei servizi territoriali coinvolti, del paziente e dei familiari le cui richieste e preferenze sono elementi essenziali per la definizione del percorso di cura.

Il medico che dimette il paziente prescrive gli eventuali **ausili** previsti conformemente alle "Direttive per l'applicazione del D.M 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione siciliana" di cui al decreto assessoriale n 2643 del 20 dicembre 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 6 del 10 febbraio 2012.

Matrice di responsabilità fase post operatoria

Descrizione	Funzione
Ortopedico	Prescrive il carico dopo controllo radiografico; Valuta il paziente dal punto di vista osteometabolico e ne prescrive l'eventuale trattamento farmacologico; Prescrive gli eventuali ausili previsti conformemente alle "Direttive per l'applicazione del D.M 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione siciliana" Dimette il paziente compilando la relativa scheda di dimissione;
Medico internista/geriatra	Valuta l'insorgenza di eventuali complicanze di tipo cardiaco o polmonare avvalendosi, se ritiene, di consulenze specialistiche; Valuta le condizioni di idratazione del paziente disponendo la terapia infusionale da somministrare Valuta il bisogno di apporto di ossigeno terapia; Previene la costipazione e l'ileo paralitico attraverso la prescrizione di una dieta appropriata ed eventualmente di farmaci lassativi.
Anestesista	Previene l'insorgenza del dolore post operatorio prescrivendo la terapia antidolorifica; Gestisce la prevenzione o eventuale trattamento di delirium post operatorio
Infermiere	Prende in carico il paziente rientrato dalla sala operatoria; Effettua la valutazione del dolore e ne segnala la presenza al medico secondo protocollo aziendale; Valuta le condizioni cognitive del paziente e segnala all'anestesista eventuali alterazioni; Applica il protocollo di prevenzione delle LDD Gestisce, se presente, l'incontinenza vescicale del paziente applicando, previa prescrizione medica, il catetere vescicale; Collabora con il fisioterapista nella messa in atto del Piano Riabilitativo Individuale. Compila la parte specifica per i pazienti operati da frattura di femore, della scheda di prevenzione del rischio cadute al fine della prevenzione secondaria.
Infermiere	Contatta i referenti dei servizi territoriali al fine di garantire la dimissione protetta del paziente ed il setting

	Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE) redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission International nel periodo maggio – giugno 2016	Rev. 00 Data 28/06/2016 Pag. 12 di 14 Pag. 12 di 14
---	--	--

Coordinatore	assistenziale proposto dal fisiatra.
Fisiatra	Prende in carico il paziente entro 24/48 ore dall'intervento ed effettua la valutazione fisiatrica con compilazione della scheda riabilitativa; Stabilisce in collaborazione con il fisioterapista, il programma riabilitativo individuale (PRI) e l'inizio del trattamento riabilitativo. Propone il setting assistenziale post ricovero;
Fisioterapista	Collabora con il Fisiatra nel predisporre il PRI e lo mette in atto; Pianifica gli interventi previsti nel PRI e li mette in atto; Mette in atto il carico prescritto dall'ortopedico;

5. Monitoraggio, reportistica e audit

A cura del gruppo di lavoro aziendale viene predisposto un report annuale relativo al monitoraggio di quanto previsto nella presente procedura basato su:

- gli indicatori che sono riportati nella seguente tabella;

Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE)

redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission
International nel periodo maggio – giugno 2016

Rev. 00

Data 28/06/2016

Pag. 13 di 14 Pag. 13 di 14

Standard	Indicatori	Valore atteso
1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)	1. Tempo di permanenza in pronto soccorso (entrata – uscita) (Fonte: EMUR/ RAD esito)	< 4 ore
2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore	2: % di pazienti NON operati (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas)	≤ 7% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2016). ≤ 5% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro Regionale per il 2017).
3: Garantire appropriati volumi di attività	3: Numero interventi annui per struttura complessa	75 interventi/anno
4: Garantire la tempestività dell'intervento	4: % percentuale pazienti operati entro 48 ore (criteri inclusione/esclusione PNE)	come da obiettivi assegnati ai Direttori Generali
5: Garantire la mobilitazione precoce	5.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso per avviare la mobilitazione precoce. 5.2: % pz con carico precoce entro 48 h 5.3: % pz verticalizzati entro 48 h	5.2: > 20% 5.3: > 30%
6: Realizzare un modello di assistenza integrata	6.1: Formalizzazione di un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale, che includa la funzione infermieristica, per la gestione integrata del paziente ≥ 65 aa con frattura di femore 6.2: Formalizzazione e applicazione di una matrice di responsabilità differenziate tra i professionisti coinvolti nel processo assistenziale – terapeutico – riabilitativo, che includa le attività infermieristiche 6.3: Realizzazione documentata e sistematica di audit multidisciplinari e multiprofessionali	
7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta	7: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso che includa i seguenti aspetti: - prevenzione del tromboembolismo venoso; - prevenzione delle ulcere da pressione e profilassi antibiotica; - assessment geriatrico/internistico globale; - criteri di stabilità clinica e le procedure preoperatorie; - gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante; - prevenzione del delirium;	

Procedura gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore (PDTA FEMORE)

redatta e verificata in collaborazione con Joint Commission
International nel periodo maggio – giugno 2016

Rev. 00

Data 28/06/2016

Pag. 14 di 14 Pag. 14 di 14

	- prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico; - gestione del dolore; - gestione della ipovolemia; - gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale; - valutazione dello stato nutrizionale e della supplementazione calorico-proteica; - la terapia e il supporto trasfusionale; - il monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno;	
8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione	8.1: % accesso in riabilitazione 056 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.2: % accesso in riabilitazione 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.3: % accesso sia in 056 che 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età ≥ 65 aa 8.4: % di conformità al controllo analitico delle cartelle cliniche effettuato ai sensi del Piano Annuale Controlli Analitici (PACA) con riferimento alle schede della riabilitazione.	
9: Pianificare una dimissione precoce	9.1: Adozione formale di un Programma interaziendale condiviso dalle strutture sanitarie delle aree metropolitane e/o provinciali per assicurare la continuità delle cure ai pazienti ≥ 65 aa con frattura di femore e favorire il ritorno alla precedente situazione residenziale. 9.2: Formalizzazione e condivisione di un protocollo aziendale per la prevenzione secondaria nei pazienti con frattura di femore. 9.3: controllo analitico dell'evidenza documentale della scheda di programmazione ed interventi di procedure diagnostiche e delle modalità di dimissione.	
Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore	10: Report annuale di misurazione della qualità percepita del paziente con frattura di femore utilizzando il Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale.	

- una rilevazione della qualità percepita con frattura di femore utilizzando il questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale (allegato 4);
- audit clinico-organizzativo.