



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO  
*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la  
gestione delle persone anziane con frattura di collo femore***

REDAZIONE	Dott. A. Firenze Dott. A. Sanfilippo, Dott. D.Canzio, Dott.ssa L.J. Domiguez, Dott. E. Piccione, Dott.ssa G. Lentini, Dott.ssa D. Scaturro, Dott.ssa R.Caldarella, Dott.ssa G. Novo, Dott.ssa S. Trapani, Dott. G.D'Amico, Dott. L. Pusateri, Dott.ssa F.Rocca
APPROVAZIONE	<i>Dott. Luigi Aprea</i>
AUTORIZZAZIONE	<i>Dott. Fabrizio De Nicola</i>

**STATO DELLE REVISIONI**

<b>REV. N.</b>	<b>SEZIONI REVISIONATE</b>	<b>MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE</b>	<b>DATA</b>
0			



## SOMMARIO

1.	Premessa .....	Pag. 3
2.	Obiettivo .....	Pag. 3
3.	Campo di applicazione .....	Pag. 3
4.	Luoghi .....	Pag. 4
5.	Descrizione delle attività .....	Pag. 4
5.1	Gestione paziente in pronto soccorso .....	Pag. 4
5.2	Paziente in Radiologia .....	Pag. 6
5.3	Valutazione cardiologica .....	Pag. 6
5.4	Gestione del paziente in Ortopedia .....	Pag. 8
5.5	Valutazione geriatrica .....	Pag. 10
5.6	Valutazione anestesologica .....	Pag. 11
5.7	Nursing infermieristico .....	Pag. 13
5.8	Riabilitazione precoce .....	Pag. 13
5.9	Valutazione modalità di dimissione nei differenti setting assistenziali .....	Pag. 15
6.	Riferimenti bibliografici .....	Pag. 19
7.	Allegati .....	Pag. 20



## **1. PREMESSA**

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana, si dividono in medialali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con elevato rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotrocanteriche). Hanno una maggiore incidenza nel sesso femminile e riconoscono, nella maggior parte dei casi, fattori favorenti quali patologie croniche dell'osso (osteoporosi), un pregresso consumo di farmaci steroidei, lo stato di menopausa; si verificano prevalentemente a seguito di traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare).

Infatti, oltre l'80% delle fratture di femore avviene in pazienti anziani con fragilità ossea associata a due o più comorbilità e/o perdita delle abilità per lo svolgimento delle attività di base (ADL) o strumentali della vita quotidiana (IADL). Pertanto, la frattura femorale è un problema complesso che coinvolge tutto l'organismo, e necessita di un approccio completo e multidisciplinare, di una gestione con specifica preparazione sul paziente anziano e di percorsi gestionali condivisi inseriti in idonei modelli organizzativi. **Non si può curare bene una frattura da fragilità nell'anziano senza curare la fragilità del paziente.**

Pazienti che beneficiano di valutazione multidisciplinare presentano minori rischi di mortalità intraospedaliera e di complicanze maggiori e un più rapido recupero funzionale. La valutazione in fase pre-operatoria ha come obiettivo principale la gestione precoce delle condizioni di salute del paziente e la pianificazione di una strategia terapeutica.

Le linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia di tipo chirurgico.

Diversi studi internazionali hanno dimostrato che i pazienti operati **entro le 48 ore** dall'evento fratturativo, rispetto a quelli trattati chirurgicamente oltre tale periodo, hanno tempi di recupero più brevi, un minor numero di complicanze e maggiore sopravvivenza ad un anno di distanza dall'intervento.

## **2. OBIETTIVO**

L'obiettivo del documento è quello di definire gli aspetti organizzativi della gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore, come descritto nel Decreto del 19 novembre 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia – Parte I n. 53.

***Secondo il D.A. si raccomanda alle direzioni aziendali di garantire, al paziente anziano con frattura di femore, nei giorni festivi e prefestivi i medesimi livelli assistenziali, organizzativi e qualitativi dei giorni feriali.***

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il campo di applicazione di questo percorso è rappresentato da tutti i pazienti ultra sessantacinquenni affetti da frattura di femore prossimale che vengono assistiti in ogni fase del loro percorso di cura (dal pronto soccorso fino all'intervento riabilitativo) dell' AOUP.



#### **4. LUOGHI**

Le UU.OO. coinvolte nel percorso di cura delle persone anziane con fratture di femore sono:

- Pronto Soccorso;
- Diagnostica per Immagini;
- Cardiologia Clinica e Riabilitazione Cardiovascolare;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Geriatria e Lungodegenza
- Anestesia e Rianimazione con Terapia Intensiva e del Dolore;
- Medicina Trasfusionale
- Medicina di Laboratorio -CoreLab
- Riabilitazione
- Servizio Ambulanza

#### **5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ**

Il percorso del paziente anziano con frattura di femore prevede lo svolgimento di una serie di attività di tipo multiprofessionale e multidisciplinare che vengono descritte di seguito. Le attività previste potranno variare in base alle condizioni cliniche del paziente e/o a vincoli organizzativi e/o strutturali dei vari contesti; tali scostamenti dal percorso descritto andranno motivati e annotati in cartella clinica.

##### **5.1 GESTIONE PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO**

**I pazienti con sospetta frattura di femore devono essere tempestivamente valutati dal medico del P.S. in modo da poter essere trasferiti in reparto entro e non oltre le prime 4 ore dall'accesso al P.S.**

Il paziente over 65 anni che accede al P.S. con la tipica sintomatologia sospetta per frattura di femore (dolore all'inguine, arto accorciato ed extra ruotato, impossibilità alla mobilizzazione) insorta prevalentemente dopo eventi traumatici minori o anche semplici spostamenti, deve essere tempestivamente valutato e viene accettato **in codice giallo e avviato a visita medica**. In caso di pazienti che presentano parametri indicativi di instabilità clinica, il codice colore di accettazione sarà rosso.

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

##### **ATTIVITA' DELL'INFERMIERE NEL TRIAGE**

L'infermiere in servizio in Triage compila, sul verbale informatico di Pronto Soccorso, la sezione dedicata al triage, scrivendo:

- i dati anagrafici
- ora di arrivo
- motivo dell'accesso: TRAUMA



- modalità del trauma (domestico, in strada, aggressione, ecc.)
  - modalità di arrivo (118, autonomo, ecc.)
  - responsabile dell'invio (decisione propria, MMG, ecc.)
  - sintomatologia riferita
  - anamnesi patologica/farmacologica
  - eventuali pregresse allergie a farmaci
  - codice colore di gravità del paziente
  - presenza e sede del dolore e, in caso di risposta affermativa, il valore numerico corrispondente relativo alla scala numerica del dolore NRS (Numerical Rating Scale)
  - il valore dei parametri vitali.
- Durante l'attesa in Triage, l'infermiere dovrà rivalutare il paziente sia in base al codice colore sia al mutare delle condizioni cliniche.
- Per prevenire il rischio di caduta per tutti i pazienti che afferiscono al P.S. e che necessitano per la loro assistenza di essere collocati in barella *a cucchiaino*, di prestare attenzione ad utilizzare i sistemi contenitivi (sponde delle barelle).
- Per prevenzione le lesioni de pressione:
- **evitare** eventuali permanenze protratte dei pazienti su barelle spinali rigide (oltre i 60-90 minuti) qualora non indicato;
  - riscaldamento del paziente posizionando le "metalline".

## **ATTIVITA' DEL MEDICO**

Il medico eseguirà la valutazione clinica e darà le disposizioni necessarie al personale infermieristico per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico.

### **Valutazione clinica**

- Eseguire anamnesi patologica;
- Descrivere sul verbale del Pronto Soccorso la dinamica del trauma;
- Eseguire la ricognizione dei farmaci;
- Eseguire esame obiettivo completo, con particolare attenzione alla capacità di deambulazione antecedente alla caduta e a eventuali danni neurologici;
- Predisporre E.C.G.;
- Predisporre esami radiografici:
- Rx anca, Rx bacino, Rx assiale anca
- Radiografia del torace preoperatoria (se confermata la frattura di femore);

**In caso di radiografie dubbie o di forte sospetto clinico pur in presenza di lastre negative l'esame di scelta è rappresentato dalla RMN. Se non è possibile eseguire RMN o vi sono controindicazioni alla sua esecuzione può essere eseguita una TAC.**

**Il medico di sala potrà comunque chiedere esami biochimici, indagini strumentali e consulenze integrative, in base ai parametri vitali ed all'esame obiettivo e ove lo ritenga opportuno.**



## **ATTIVITA' DELL'INFERMIERE IN SALA VISITA**

- Rivalutare i parametri vitali;
- Posizionare una cannula in un vaso periferico per infusione di liquidi, in considerazione del fatto che la gran parte dei pazienti con frattura di femore è in carenza idrica o presenta alterazioni idro-elettrolitiche, in presenza di elementi clinici di "disidratazione" è opportuno che venga già iniziata in Pronto Soccorso l'infusione di soluzione fisiologica o di soluzioni bilanciate elettrolitiche, prestando attenzione al possibile sovraccarico di circolo in pazienti con importanti comorbidità;
- Eseguire prelievo ematico:
  - Emocromo (Hb- Ht- PLT)
  - PT/INR
  - aPTT
  - Fibrinogeno
  - Creatinina
  - Elettroliti
  - Glicemia
  - Gruppo + Type & Screen (T&S)
  - EGA (SO<sub>2</sub> e pCO<sub>2</sub>)
- Trattamento dolore secondo prescrizione medica;
- Eseguire E.C.G.
- Posizionare catetere vescicale su indicazione medica;

L'E.C.G. deve essere trasmesso tempestivamente all'U.O.C. di Cardiologia e contestualmente il referto trasmesso al P.S.

**L'ora di arrivo al PS è registrata dal sistema informatico**, al momento dell'apertura della scheda di triage.

**L'ora di chiusura del verbale di Pronto Soccorso**, che corrisponde all'orario in cui si predispone il ricovero, è automaticamente registrata sul verbale informatico e riportata sulla cartella di ricovero "cartacea" ortopedica.

## **5.2 PAZIENTE IN RADIOLOGIA**

Il paziente esegue le indagini diagnostiche radiologiche in P.S. e/o viene trasferito, tramite il servizio ambulanza (*servizio dedicato esclusivamente al paziente con frattura di femore*) in radiologia per effettuare:

- Rx anca
- Rx bacino
- Rx anca (antero-posteriore ed assiale)
- Rx torace preoperatoria sia in caso di sospetta/confermata frattura di femore.

## **5.3 VALUTAZIONE CARDIOLOGICA**

Prima di un intervento per frattura di femore l'intervento del cardiologo è richiesto per la refertazione dell'ECG.



La frattura di femore rappresenta un'urgenza differibile. Negli interventi in urgenza il paziente deve essere inviato direttamente in sala operatoria ed il cardiologo consultato solo in caso di paziente con **RISCHIO CARDIOLOGICO ELEVATO** (come di seguito esplicitato) al fine di avere indicazioni sulla terapia medica perioperatoria per la riduzione del rischio.

La chirurgia ortopedica per la frattura di femore è una chirurgia a rischio intermedio.

**Tabella: Valutazione cardiologica**

STEP 1	<p>Da parte del personale di P.S.: esecuzione <b>E.C.G</b></p> <p>Da parte del cardiologo: immediata refertazione dell'ECG e trasmissione in PS</p>
STEP 2	<p>Da parte del medico di PS: valutazione clinico anamnestica del paziente.</p> <p><b>La consulenza cardiologica va richiesta se dalla valutazione clinico anamnestica o dall'E.C.G., si evidenzino condizioni cliniche di instabilità':</b> angina instabile o infarto acuto o recente (entro 30gg) /aritmie gravi/ scompenso cardiaco in fase attiva (classe NYHA III/IV)/ valvulopatie severe sintomatiche (Tabella 1). In tal caso <b><u>l'intervento verrà cancellato o differito e il cardiologo valuterà la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici cardiologici.</u></b></p>
STEP 3	<p>In assenza di condizioni di instabilità va valutata da parte del medico di PS anamnesticamente la capacità funzionale del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se la <b>capacità funzionale è buona</b> (ovvero capacità di salire due rampe di scale o correre per un breve tratto, cioè &gt;4 METS:) non sono necessarie ulteriori indagini e <b>il paziente può essere direttamente avviato all'intervento</b> con la sola raccomandazione di sospendere la terapia cardioattiva. Quando la capacità funzionale è buona infatti la prognosi è eccellente anche in presenza di ischemia stabile o di fattori di rischio, e non è necessario quasi mai modificare la gestione perioperatoria e la programmazione dell'intervento.</li> <li>• Se la <b>capacità funzionale è ridotta</b> (ovvero incapacità di salire due rampe di scale o correre per un breve tratto, cioè &lt;4 METS <b>va eseguita la consulenza cardiologica.</b> <i>La consulenza cardiologica va eseguita quando la diagnosi di frattura femore è accertata e vanno allegati gli esami ematochimici.</i> <i>Durante la consulenza verranno contestualmente eseguiti gli ulteriori approfondimenti diagnostici cardiologici ritenuti necessari, o se non fosse possibile per giustificate motivazioni tecniche, questi verranno eseguiti il mattino successivo.</i> Quando la capacità funzionale è ridotta o non determinabile la stratificazione pre – operatoria del rischio e la gestione perioperatoria dovranno essere definite sulla base dei <b>FATTORI DI RISCHIO in RAPPORTO AL RISCHIO CHIRURGICO</b> (tabella 2).</li> </ul>



**Tabella 1: Condizioni cliniche di instabilità**

CONDIZIONI CLINICHE DI INSTABILITA'	
•	Angina Instabile o infarto recente (entro 30 gg)/ aritmie gravi/ scompenso cardiaco (classe NYHA III/IV) valvulopatie severe sintomatiche
•	Aritmie gravi: blocco atrioventricolare di grado avanzato, aritmie ventricolari, aritmie sopraventricolari con risposta ventricolare non controllata.

**Tabella 2: Fattori di rischio**

FATTORI DI RISCHIO	
•	Storia di CAD
•	Scompenso cardiaco
•	Stroke o TIA
•	Insufficienza renale (egFR <60ml/min/1.73 m2)
•	Diabete mellito insulino dipendente

#### **5.4 GESTIONE DEL PAZIENTE IN ORTOPEDIA**

La frattura di collo femore nell'anziano viene considerata una "urgenza differibile": pertanto i pazienti clinicamente stabili possono essere immediatamente o nell'arco di poche ore trattati chirurgicamente mentre quelli con patologie acute o croniche riacutizzate richiedono una necessaria stabilizzazione prima dell' intervento operatorio.

Tuttavia la tempestività dell'intervento richiede una stretta condivisione fra vari specialisti dei criteri decisionali clinici al fine di valutare da un lato i benefici della stabilizzazione delle condizioni cliniche e dall'altro i rischi di un ritardo dell'intervento.

Lo standard n. 7 del D.A. prevede pertanto la gestione multidisciplinare del paziente con frattura di collo femore.

Pertanto oltre alle valutazioni descritte di seguito si allegano al presente documento i protocolli multiprofessionali e multidisciplinari previsti dallo standard n.7.

Nella gestione delle fratture del collo femorale l'intervento chirurgico è il trattamento di routine: questi consente un mobilizzazione precoce del paziente riducendo il rischio, per le fratture composte, di una successiva scomposizione e limitando per tutte l'insorgenza di complicanze quali le patologie da allettamento, la perdita di autonomia e delle capacità cognitive.

#### **L'INFERMIERE**

- Accoglie il paziente in reparto, lo identifica secondo la procedura aziendale (Infermiere, OSS, Ortopedico);
- Compila la cartella infermieristica.



## **ATTIVITA' PRE –OPERATORIA**

### **A Carico dell' Ortopedico:**

- Acquisisce la documentazione clinica del P.S.;
- Compila la cartella clinica, *annotando l' orario di arrivo in reparto*;
- Acquisisce la documentazione clinica pregressa del paziente con l'eventuale terapia da lui seguita a domicilio e la trascrive sulla STU secondo procedura aziendale;
- Valuta la sintomatologia dolorosa e imposta la terapia medica antidolorifica e quella antitrombotica secondo linea Guida regionale e Scheda Aziendale ;
- Richiede la consulenza del Medico Anestesista – Rianimatore per la valutazione preoperatoria e per la definizione del rischio anestesiológico ASA.
- Richiede la consulenza geriatrica per valutazione mutidimensionale (VMD);
- Richiede la consulenza cardiologica se già non eseguita in PS con giudizio di idoneità all'intervento;
- Eventuale gestione perioperatoria della terapia (con antiaggreganti e anticoagulanti orali)
- Planning preoperatorio;
- Richiesta di sangue;
- Informazione e acquisizione di tutti i consensi informati;
- Presa in carico del paziente per eventuali ulteriori indagini strumentali e clinici;
- Richiesta valutazione fisiatrica per trattamento riabilitativo pre-operatorio.

## **ATTIVITA' IN SALA OPERATORIA**

### **A Carico dell' Ortopedico-Anestesista**

- accoglienza nel complesso operatorio;
- identificazione del paziente e del sito chirurgico secondo check-list ministeriale;
- monitoraggio parametri vitali;
- preparazione anestesia;
- anestesia;
- posizionamento sul letto operatorio;
- controllo radiografico prechirurgico;
- intervento chirurgico;
- controllo radiografico postchirurgico;
- risveglio dall'anestesia;
- valutazione della dimissibilità dal complesso operatorio (valutazione e stabilizzazione dei parametri vitali, correzione anemia e squilibri idroelettrolitici);
- trasferimento in degenza.

## **ATTIVITA' POST INTERVENTO**

Nella fase postoperatoria, oltre alle normali condizioni di monitoraggio del paziente, e in relazione alle condizioni di comorbidità eventualmente presenti, occorre prestare attenzione ai seguenti aspetti:

- fornire assistenza medica ed infermieristica per mantenere stabili le condizioni cliniche del paziente operato;



- monitorare eventuali complicanze post intervento;
- gestire il sanguinamento e il dolore della ferita (in collaborazione con l'anestesista ed il personale infermieristico);
- richiedere valutazione fisiatrica;
- riabilitare il più precocemente possibile le funzioni motorie e la deambulazione.

La valutazione fisiatrica con la redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) sarà effettuata entro 24 ore dall'intervento.

Nel caso in cui il paziente sia stato segnalato al Servizio Sociale per problematiche relative alla dimissione l'intervento dell'assistente sociale dovrà essere eseguita entro 48 ore dal trattamento chirurgico.

Tale attività dovrà essere effettuata, di norma, in sinergia con il fisiatra.

Nel caso in cui si preveda la degenza in struttura di riabilitazione, ovvero in struttura protetta, la valutazione deve essere necessaria, secondo "procedure integrate ospedale territorio".

## **5.5 VALUTAZIONE GERIATRICA**

La valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) fa riferimento a "una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le diverse risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi..." secondo il National Institute of Health degli USA.

La VMD permette l'identificazione del paziente fragile, come lo sono la maggior parte dei pazienti che hanno subito una frattura di femore. Un consenso di 6 società geriatriche internazionali ha definito la fragilità come "...una sindrome medica con molteplici cause e fattori determinanti, che si caratterizza per una riduzione della forza, resistenza e funzionalità fisiologica che aumenta la vulnerabilità di un individuo per lo sviluppo di dipendenza e/o morte".

Le complicanze mediche postoperatorie e gli esiti negativi a lungo termine si verificano soprattutto nei pazienti che hanno limitate riserve fisiologiche, cioè i pazienti fragili.

La VMD, mediante l'utilizzo di scale standardizzate, aiuta anche nella identificazione di pazienti con condizioni mediche che richiedono una correzione e quindi giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori).

La VMD è utile per identificare le sindromi geriatriche, i problemi medici perioperatorio e il delirium. (Vedi ALLEGATO N. 4 **ASSESSMENT GERIATRICO/INTERNISTICO GLOBALE**)

## **ATTIVITA' DEL GERIATRA**

- VMD mediante scale (ADL, IADL, MMSE, GDS, MNA, CIRS, Scala di Exton-Smith, Indice di Conley, Test di Tinetti, CAM, Scala di Greene);
- Identificazione di patologie acute e correzioni (infezioni, disidratazione, disionie, anemia, malnutrizione, scompenso cardiaco, scompenso glicometabolico, insufficienza respiratoria acuta, insufficienza renale acuta)
- Gestione della ossigenoterapia (ove necessario)
- Gestione dell'anemia (ove necessario)
- Gestione degli squilibri glicometabolici (ove necessario)



- Gestione degli squilibri idroelettrolitici (ove necessario)
- Gestione dello scompenso cardiaco (ove necessario)
- Gestione di altre consulenze specialistiche (ove necessario)
- Prosecuzione della profilassi antitrombotica
- Valutazione dello stato nutrizionale
- Identificazione e gestione di delirium;
- Precoce mobilitazione e materasso antidecubito
- Prevenzione e gestione delle lesioni da decubito;
- Valutazione e trattamento del dolore;
- Prevenzione della stipsi e trattamento dell'ileo paralitico;
- Prevenzione della rifratturazione (inquadramento osteoporosi, eventuale terapia antifratturativa, prevenzione delle cadute, segnalazione ambulatori dedicati per il follow-up)
- Pianificazione in collaborazione con fisiatra e fisioterapista per la mobilitazione precoce del paziente, VMD e definizione e inizio del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con eventuale attivazione di percorsi di dimissione protetta secondo la VMD del paziente.
- Attivazione contatti con il medico di medicina generale e le persone di riferimento del paziente (parenti, caregiver)
- Comunicazione U.O. di Lungodegenza e/o centri per la riabilitazione post-acuzie: segnalazione del caso per programmare il ricovero post-acuzie (in fase precoce) e/o trasmissione informazioni utili per la presa in carico e invio del PRI (alla dimissione)
- Comunicazione ai servizi territoriali (PUA/Distretto), insieme all'assistente sociale, per i pazienti non eleggibili alla riabilitazione post-acuzie
- Alla dimissione, valutazione della dimissibilità e attivazione della continuità assistenziale, eventuale dimissione verso la lungodegenza/riabilitazione post-acuzie o i servizi territoriali

## **5.6 VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA: I CRITERI DI STABILITA' CLINICA E LE PROCEDURE PREOPERATORIE**

La visita anestesiologicala ha la finalità di:

- Valutare le condizioni cliniche del paziente prima dell'intervento;
- Programmare eventuali approfondimenti diagnostici;
- Ottimizzare le condizioni cliniche in vista dell'atto chirurgico;
- Valutare il rischio anestesiologicalo.

La valutazione è eseguita secondo lo schema ed i criteri abitualmente codificati per la valutazione anestesiologicala ma deve tenere conto, in particolare rispetto alla richiesta di consulenze e di approfondimenti diagnostici, della necessità di procedere, entro le 48 ore, al trattamento della frattura.

La valutazione dell'apparato respiratorio va eseguita secondo lo schema ed i criteri abitualmente codificati, ma l'eventuale presenza di focolaio BNP o di addensamento radiologico, di congestione del piccolo circolo, di eventuali formazioni evolutive, va valutata in relazione alle condizioni cliniche stabili e non è, di per se, unico motivo sufficiente a procrastinare l'intervento per approfondimenti diagnostici.

La visita anestesiologicala si conclude con un giudizio di appartenenza alla classe di rischio ASA.



La profilassi antitrombotica viene effettuata all'atto del ricovero.

La profilassi antibiotica viene effettuata 1/2 ora prima dell'intervento.

Quando prevale la scelta di posticipare l'intervento per il trattamento di fattori di rischio individuati, essa deve essere documentata e gli obiettivi di stabilizzazione da raggiungere devono essere chiaramente definiti e rivisti quotidianamente ed il paziente deve essere reinserito in nota operatoria non appena vengono raggiunti.

**TABELLA CONDIZIONI CHE RICHIEDONO DI ESSERE CORRETTE E GIUSTIFICANO UN RITARDO DELL'INTERVENTO (MAGGIORI) E CONDIZIONI CHE E' OPPORTUNO CORREGGERE MA NON GIUSTIFICANO UN RITARDO DELL'INTERVENTO (MINORI) (MCLAUGHLIN 2006)**

	<b>ALTERAZIONE</b>	<b>MAGGIORE</b>	<b>MINORE</b>
<b>1</b>	<b>PRESSIONE ARTERIOSA</b>	PAS $\leq 90$	PAS $\geq 181$ PAD $\geq 111$
<b>2</b>	<b>RITMO E FREQUENZA</b>	FA o TSV $\geq 121$ BAV III° o BRADICARDIA $\leq 45$ m'	FA o TSV 101 – 120 TS $\geq 121$ BRADICARDIA 46-50 /m'
<b>3</b>	<b>INFEZIONI/POLMONITI</b>	TC $< 35^\circ \Rightarrow 38,5^\circ$ CON SEGNI CLINICI O RADIOLOGICI DI POLMONITE	TC $\geq 38,5^\circ$ SEGNI CLINICI DI POLMONITE SEGNI RADIOLOGICI DI POLMONITE
<b>4</b>	<b>DOLORE TORACICO</b>	INFARTO DI NUOVA INSORGENZA ALL'ECG O ANGINA CON ST SOPRA O SOTTOSLIVELLATO	DOLORE TORACICO CON ECG NORMALE
<b>5</b>	<b>INSUFFICIENZA CARDIACA</b>	EDEMA POLMONARE I SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO CON VERSAMENTO ALL'ESAME RADIOLOGICO CON DISPNEA E/O OBIETTIVITA' ALTERATA	DISPNEA O RUMORI POLMONARI SENZA ALTERAZIONI RADIOLOGICHE O SEGNI DI STASI AL TORACE SENZA SINTOMI SOGGETTIVI
<b>6</b>	<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA</b>	SO <sub>2</sub> $< 90\%$ o Po <sub>2</sub> $< 60$ MMHg o PCO <sub>2</sub> $\geq 55$ mmHg	PCO <sub>2</sub> 45-55 mmHg
<b>7</b>	<b>ELETTROLITI</b>	Na $\leq 125$ o $> 155$ mEq/l K $< 2,5$ o $\geq 6,1$ mEq/l HCO <sub>3</sub> $< 18$ o $> 36$ mEq/l	Na 126-128 o 151-155 MeQ/l K $< 2.5 - 2.9$ o 5.6 -6.0 mEq/l HCO <sub>3</sub> 18-19 o 35-36 mEq/l
<b>8</b>	<b>GLICEMIA</b>	$> 600$ mg/dl	451-600 mg/dl
<b>9</b>	<b>AZOTEMIA/CREATININA</b>	AZOTEMIA $> 50$ mg/dl o CREATININA $\geq 2.6$ mg/dl	AZOTEMIA 41-50 mg/dl o CREATININA 2.1-2.5 mg/dl
<b>10</b>	<b>ANEMIA</b>	Hb $\leq 7.5$ g/dl	Hb 7.5-8 g/



## 5.7 NURSING INFERMIERISTICO

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.

La funzione infermieristica deve porre particolare attenzione a:

- valutazione e decodifica dei bisogni dell'assistito
- gestione dei disturbi cognitivi quali il delirium
- prevenzione e gestione di lesioni cutanee
- prevenzione delle cadute
- valutazione e controllo del dolore attraverso l'utilizzo di scale validate
- valutazione dello stato nutrizionale e della supplementazione calorico-proteica

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).

### Valutazione rischio caduta

La valutazione della causa di caduta fa parte della valutazione clinica da effettuare fin dall'ingresso, allo scopo di programmare interventi utili a minimizzare il rischio di nuove cadute e prevenire nuove fratture. La valutazione del rischio deve comprendere:

- la definizione delle circostanze e della dinamica della caduta;
- la ricerca di fattori di rischio intrinseci al paziente (es. patologie particolari);
- la ricerca di fattori di rischio estrinseci (es. assunzione di farmaci, illuminazione inadeguata).

In alcuni casi il trattamento delle cause o concause riscontrate deve essere effettuato già in fase preoperatoria. Durante poi la fase di riabilitazione post-acuta devono essere previsti interventi per aumentare l'equilibrio e migliorare la deambulazione e devono essere indicati gli ausili più appropriati.

## 5.8 RIABILITAZIONE PRECOCE

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente della persona operata 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 (seduto - in piedi).

Se consentito dalle condizioni generali del paziente, la mobilizzazione precoce deve essere iniziata nelle prime 48 ore post- operatorie e comunque, entro tale termine, deve essere assunta la posizione seduta a opera del medico di reparto (ortopedico) con il fisioterapista. *Infatti lo standard n. 5 fissato nel D.A. n.2025/2015 (vedi par. 9) prevede che il paziente sarà mobilizzato, messo a sedere o in piedi, entro le 48 ore dall'intervento.*

La finalità della mobilizzazione precoce è:

- prevenzione delle complicanze legate all'allettamento;
- avvio del recupero delle funzioni artro-muscolari e delle abilità motorie;



- identificazione degli ausili necessari per la dimissione al domicilio.

La precoce ripresa delle abilità a muoversi nell'ambiente è considerato l'obiettivo principale della presa in carico del paziente anziano da parte del Team multidisciplinare.

La mobilitazione precoce del paziente over 65 anni con frattura di femore infatti può prevenire le complicanze tromboemboliche, le lesioni da pressione e le complicanze polmonari e può migliorare significativamente l'autonomia nei trasferimenti e nel cammino già in settima giornata dopo l'intervento.

Nell'ambito del modello organizzativo orto-geriatrico, l'intervento riabilitativo dovrà avere i seguenti requisiti:

- Presa in carico riabilitativa precoce;
- Definizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (*come da decreto del 19/11/2015 GURS Parte I n.53 del 18/12/2015*).
- Continuità assistenziale ospedale- territorio (domicilio- residenzialità).

### **5.8.1 FASI DEL PERCORSO RIABILITATIVO**

#### **1. Presa in carico riabilitativa precoce e riabilitazione nella fase acuta:**

la presa in carico riabilitativa del paziente operato avviene in I° giornata post-operatoria con l'esecuzione di:

- Consulenza fisiatrica entro 24 ore;
- Codificazione ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health*);
- Elaborazione Progetto Programma Riabilitativo Individuale (**PRI**).

**Il PRI prevede:**

- Mobilitazione precoce entro 24 ore
- Allineamento posturale entro 24 ore
- CT respiratoria entro 24 ore
- Esercizi di rinforzo muscolare AAII
- Verticalizzazione entro 24 ore
- Deambulazione con carico entro 48 ore
- Addestramento nell'autonomia dei passaggi posturali e nello svolgimento delle ADL.

#### **2. Riabilitazione post-acuta**

- Ricovero ordinario presso reparti di riabilitazione codice 56
- Ricovero in regime di DH riabilitativo codice 56
- Ricoveri ordinari presso reparti di lungodegenza codice 60

#### **3. Prevenzione secondaria a lungo termine:**

*Programmazione di visita specialistica fisiatrica presso Ambulatorio di malattie metaboliche dell'osso alla dimissione dal reparto di Ortopedia con prescrizione di:*

- Rx rachide dorso-lombare con conta-morfometrica secondo Genant
- DEXA femorale e lombare
- Dosaggio ematico ed urinario degli indici del metabolismo osseo



### **Trattamento farmacologico per osteoporosi:**

- Supplementazione di Calcio
- Supplementazione di Vitamina D
- Terapia farmacologica con: antiriassorbitivi e neoformatori (Nota 79)
- Addestramento all'esecuzione di un programma di esercizi domiciliari
- Valutazione stile di vita e abitudini per la prevenzione delle cadute
- Valutazione e correzione rischi ambientali nell'abitazione
- Continuità assistenziale (2.5):

#### **Intraospedaliera:**

- Presa in carico in regime ambulatoriale (riabilitazione estensiva)
- Ricovero in reparto di lungodegenza codice 60

#### **Extraospedaliera**

- Assistenza domiciliare integrata
- Dimissione protetta
- Dimissione al proprio domicilio.

## **5.9 VALUTAZIONE E MODALITÀ DI DIMISSIONE NEI DIFFERENTI SETTING ASSISTENZIALI**

La pianificazione delle modalità di dimissione del paziente anziano con frattura di femore e l'attivazione dei successivi percorsi di continuità assistenziale riduce i tempi di degenza, le riammissioni in ospedale e la mortalità a breve termine e aumenta la soddisfazione del paziente.

Anche i programmi assistenziali con interventi domiciliari post-dimissione sembrano influire positivamente sulla riduzione della mortalità a breve termine.

La valutazione multidimensionale, che riguarda in particolare la comorbidità, lo stato cognitivo, lo stato funzionale pre-frattura e le risorse familiari ed economiche, costituisce la base per la pianificazione.

La concessione del carico, il tipo di recupero funzionale dopo l'intervento, l'eventuale comparsa di complicanze post-operatorie concorrono a perfezionare il Programma riabilitativo successivo alla dimissione da parte del team multidisciplinare intraospedaliero (ortopedico, geriatra/internista, fisiatra, fisioterapista, infermiere e assistente sociale). Tutti i pazienti dopo la frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo post-acute, ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale pre-frattura sia già stato raggiunto al termine della fase acuta durante la degenza o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare a non identificare obiettivi riabilitativi successivi.

Previa strutturazione di team multidisciplinari e multiprofessionali dedicati, a valenza post-acute riabilitativa, e la definizione di Protocolli d'intesa tra Ospedali per acuti e Strutture intermedie, si potrà favorire la dimissione precoce dalla fase acuta ospedaliera.



Gli obiettivi della fase post-dimissione sono quelli di fornire assistenza medica, infermieristica e fisioterapica nel setting più idoneo al paziente con frattura di femore, in relazione alle sue specifiche esigenze. Il paziente sarà rivalutato entro 5 giorni e la scelta del setting riabilitativo è in genere di pertinenza fisiatrica, ovvero della UVM (Unità Valutativa Multidimensionale) che prende in carico il paziente in ADI o RSA con stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).

In condizioni di sufficiente stabilità clinica, il paziente sarà dimesso dall'area di acuzie verso:

- Unità Operativa di Riabilitazione Intensiva (codice 56)
- U.O. di Riabilitazione estensiva o di Lungodegenza (codice 60)
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Riabilitazione Domiciliare e Ambulatoriale.

a) **Unità Operative di Riabilitazione Intensiva** (codice 56) con attività 3 ore /die di riabilitazione specifica per persone affette da:

- menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o che richiedano la possibilità di interazione con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternativa al ricovero.

Le attività devono essere rivolte a persone che necessitano di un intervento riabilitativo nell'arco della giornata con la partecipazione sia dei professionisti della riabilitazione sia dei professionisti dell'assistenza infermieristica h 24.

b) **U.O. di Riabilitazione estensiva o di Lungodegenza** (codice 60) con attività 2 ore /die di trattamento specifico e con intervento multidisciplinare e multiprofessionale ad elevato livello di tutela medico-infermieristica. Questo tipo di assistenza è in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili, dove un team (internista /geriatra, fisiatra, fisioterapista, infermiere), in continuità con quanto descritto nella fase acuta, prosegue l'approccio riabilitativo multidimensionale con particolare attenzione agli interventi nutrizionali, al controllo del dolore, alla prevenzione ed al trattamento del delirium ed in generale al precoce trattamento di ogni complicanza post-operatoria. E' un'attività caratterizzata da interventi riabilitativi di più moderato impegno terapeutico, a fronte di un maggior intervento assistenziale.

A questo tipo di UU.OO. vanno indirizzati i pazienti più anziani, spesso affetti da comorbidità, in cui in genere non è raccomandato un trattamento riabilitativo intensivo, ma è sufficiente il trattamento riabilitativo a più moderato carico di lavoro.

c) Le **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** sono destinate ai casi in cui i bisogni riabilitativi sono molto limitati e il paziente non può rientrare subito al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari; il periodo di residenza è di 60 gg (nel paziente con demenza fino a 90 gg iniziali), prolungabili per motivate necessità. L'eventuale necessità di supporto riabilitativo potrà essere al massimo di 30 min/die.

La RSA è una struttura residenziale extraospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica e privi del supporto familiare necessario per l'erogazione a domicilio degli interventi



sanitari continui e dell'assistenza necessaria. Le RSA sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera.

L'Elenco dei Centri di Riabilitazione è riportato nell'Allegato n.16.

#### **d) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Riabilitazione Domiciliare e Ambulatoriale.**

La dimissione a domicilio è raccomandata in tutti quei casi che presentano un supporto assistenziale adeguato (familiari o caregiver), quando il paziente non è autosufficiente o lo è parzialmente ed è in grado di deambulare per brevi tratti (con o senza ausili). Ciò comporta una rete organizzativa ed erogativa soddisfacente al fine di garantire la continuità ospedale-territorio che permetta l'attivazione tempestiva dell'assistenza domiciliare Integrata (ADI) per i pazienti più complessi o il trattamento riabilitativo domiciliare ovvero, laddove possibile, il trattamento ambulatoriale per i soggetti trasportabili presso una U.O. di Riabilitazione territoriale o convenzionata con il SSN. Si dovrà provvedere alla valutazione della necessità dei presidi (sia in termini di appropriatezza che di utilizzo), all'erogazione di attività riabilitative in coerenza con quanto determinato nella fase acuta, ad indicare l'eventuale adattamento dell'ambiente di vita della persona ed all'addestramento del caregiver. Indipendentemente dal setting, l'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia del paziente in riferimento alle competenze pre-frattura, sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL.

#### **UFFICI TERRITORIALI: LA DIMISSIONE PROTETTA SEMPLICE E COMPLESSA**

La segnalazione del paziente per la Dimissione "protetta" semplice (DPS) in ADI (assistenza domiciliare integrata I e II livello) o per la Dimissione "protetta" complessa (DPC) in RSA e/o ADI III livello deve essere effettuata dal medico Geriatra di reparto, su apposito modulo almeno 3 giorni prima del giorno previsto per la dimissione. Il suddetto modulo, compilato accuratamente in tutte le sue parti, deve pervenire all'Ufficio Territoriale ubicato all'interno del Presidio Ospedaliero, dove operano contemporaneamente il referente ospedaliero e quello territoriale, che ha il compito di collegare e integrare i servizi necessari al paziente nella fase di passaggio dall'ospedale al territorio per assicurare la continuità assistenziale. L'ufficio, dopo aver ricevuto il modulo di segnalazione da parte dell'Unità Operativa di Ortopedia, *per la procedura di DPS* invierà il modulo all'U.O.S. Socio-Sanitaria relativa alla residenza del paziente. Nel caso di *procedura di DPC* per inserimento in RSA e/o in ADI III livello invierà il modulo all'U.O.S. Socio-Sanitaria in cui ricade per competenza territoriale il Presidio Ospedaliero.

Nel caso di inserimento DPC il paziente, non ancora dimesso, dovrà essere valutato da una apposito team multidisciplinare, costituito da componenti dell'Unità di valutazione territoriale che, unitamente al medico Geriatra di reparto e l'Assistente Sociale, valuterà le condizioni psico-fisiche e sociali del degente, mediante la compilazione della S.V.A.M.A. (Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone adulte e anziane) e adotterà i provvedimenti necessari, ove ne sussistono le condizioni, versus RSA o ADI.



## IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

### La DIMISSIONE PROTETTA

riguarda i pazienti **non autosufficienti**

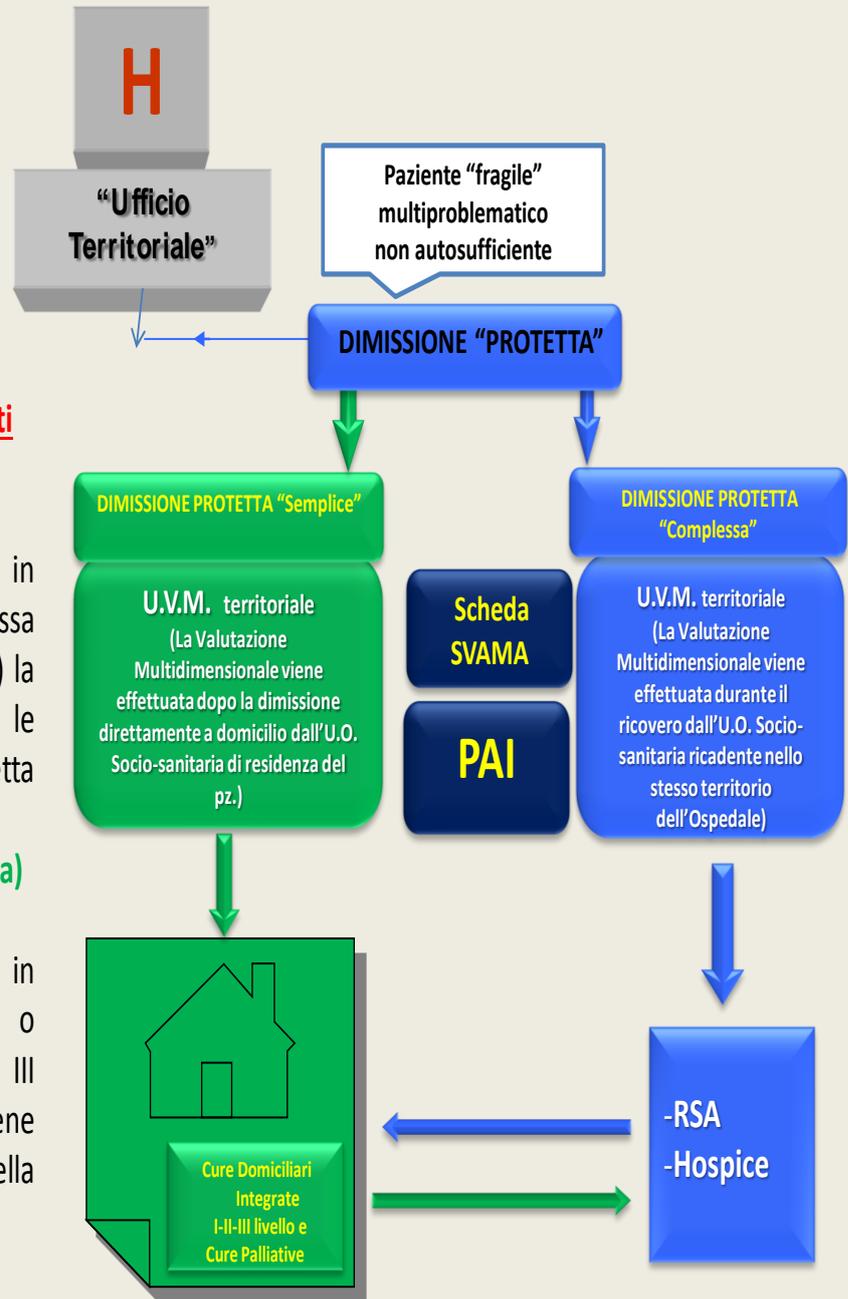
con necessità di continuità di cure e avviene secondo 2 modalità:

➤ se tali cure verranno erogate in ambito Domiciliare a Media o Bassa Intensità (ADI I livello e ADI II livello) la VMD avviene a Domicilio secondo le procedure della Dimissione Protetta Semplice

**(DPS – percorso verde del diagramma)**

➤ se tali cure verranno erogate in ambito Residenziale (RSA-Hospice) o Domiciliare al Alta Intensità (ADI III livello e ADI Palliativa) la VMD avviene in Ospedale secondo le procedure della Dimissione Protetta Complessa

**(DPC – percorso blu del diagramma)**





## 6. RIFERIMENTI BIBLIGRAFICI

- Decreto Assessorato della Salute Regione Sicilia n. 2025 del 19 novembre 2015 "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" GURS PARTE I n. 53 del 18-12-2015
- Decreto Assessorato della Salute Regione Sicilia 1 dicembre 2011 "Linee guida per l'antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto" GURS n. 53 del 23 dicembre 2011.
- Crotty M, Unroe K, Cameron ID, et al. (2010) *Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people*. Cochrane Database Syst Rev, (1), CD007624.
- Griffiths R. (2012) *Managing proximal femoral fractures*. Nurs Times, 108(11), 15.
- Handoll HHG, Cameron ID, Mak JC, et al. (2009) *Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures*. Cochrane Database Syst Rev, (4), CD007125.
- Handoll HHG, Parker MJ. (2008) *Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults*. Cochrane Database Syst Rev, (3), CD000337.
- Handoll HHG, Sherrington C, Mak JC. (2011) *Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults*. Cochrane Database Syst Rev, (3), CD001704.
- Mak JC, Cameron ID, March LM. (2010) *Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update*. Med J Aust, 192(1), 37-41.
- Mayo clinic. (2012) *Hip fracture*. Disponibile all'indirizzo <http://www.mayoclinic.com/print/hipfracture/DS00185/DSECTION=all&METHOD=print>
- Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, et al. (2012) *Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews*. J Rehabil Med, 44(11), 901-912.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011) *Hip fracture. The management of hip fracture in adults*. NICE clinical guideline.
- Phillips NM. (2011) *Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people*. Int J Older People Nurs, 6(1), 71-74.
- Marks R. Hip fracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. Int J Gen Med. 2010;3:1-17.
- Maggi S, Siviero P, Wetle T, Besdine RW, Saugo M, Crepaldi G; Hip Fracture Study Group. A multicenter survey on profile of care for hip fracture: predictors of mortality and disability. Osteoporos Int. 2010 Feb; 21(2): 223-31.
- Piirtola M, Vahlberg T, Löppönen M, et al. Fractures as predictors of excess mortality in the aged-a population-based study with a 12-year follow-up. Eur J Epidemiol. 2008;23:747-55. - Hannan EL et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture: risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. JAMA. 2001; 6;285:2736-42.
- Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per pazienti : - con frattura di femore – sottoposto ad intervento di artroprotesi d'anca. [www.ass1.sanita.fvg.it/.../\\_docs/professionisti/04-femore-anca.pdf](http://www.ass1.sanita.fvg.it/.../_docs/professionisti/04-femore-anca.pdf) · PDF file
- ALLEGATO D.A. N. 2025/2015: Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore. Documento realizzato in collaborazione tra Assessorato della Salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanzattiva
- Raccomandazioni SIMTI sulla trasfusione perioperatoria. 1a Edizione Giugno 2010. Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia



- Raccomandazioni per l'implementazione del programma di Patient Blood Management: Applicazione in chirurgia ortopedica maggiore elettiva dell'adulto, Edizioni SIMTI, 2014
- Falaschi P, Tafaro L, Bellelli G (2014). Giornale di Gerontologia 62:261–262.
- Pioli G, Barone A, Mussi C, Tafaro L, Bellelli G, Falaschi P, Trabucchi M, Paolisso G, On behalf of GIOG. The management of hip fracture in the older population. Joint position statement by Gruppo Italiano Orto geriatria (GIOG).
- Giusti A, Barone A, Razzano M, Pizzonia M, Pioli G (2011) Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture. *Eur J Phys Rehabil Med* 47(2):281–296

## **7. ALLEGATI**

1. Valutazione e trattamento del dolore;
2. Scala: indice di dipendenza delle attività della vita quotidiana (scala ADL);
3. Scala: attività strumentali della vita quotidiana ( IADL);
4. Prevenzione trattamento delle ulcere da pressione;
5. Assessment geriatrico/interventistico globale;
6. Gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante;
7. Prevenzione trattamento del delirium;
8. Prevenzione della costipazione dell' ileo paralitico;
9. Gestione dell' incontinenza e gestione del catetere vescicale;
10. Valutazione dello stato nutrizionale e della supplementazione calorico- proteica;
11. Monitoraggio dell' emoglobina e dell'ossigeno-gestione dell' ipovolemia-terapia e supporto trasfusionale;
12. Valutazione e percorso riabilitativo;
13. Scheda per rivelazione degli indicatori per ogni singolo paziente da inserire nella cartella clinica;
14. Elenco residenze sanitarie assistenziali;
15. Scheda di intervista sulla qualità percepita dei servizi di ricovero e cure in ospedale da parte dell' utente.



**ALLEGATO N.1**

**VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE**

La valutazione e il trattamento del dolore sono di particolare rilievo per l'esito del percorso: infatti mentre la corretta ed efficace gestione del dolore costituisce presupposto indispensabile per ridurre le complicanze e consentire una precoce mobilitazione, 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 e incremento della mortalità.

La rapida stabilizzazione chirurgica della frattura è il metodo più efficace per trattare il dolore; ma in attesa dell'intervento chirurgico, la rilevazione del dolore e il suo trattamento vanno avviati e registrati nel Pronto Soccorso già prima di effettuare qualsiasi manovra che richieda la mobilitazione del paziente (ad es. esecuzione di RX ). Il medico di sala dà disposizione per il trattamento del dolore, se non già trattato in Triage, scegliendo il farmaco adatto, sia in base alla ricognizione farmacologica, sia in base al livello del dolore percepito dal paziente.

Il monitoraggio e il trattamento del dolore devono essere proseguiti quotidianamente nel corso della degenza:

- immediatamente dopo l'intervento chirurgico, qualunque sia stata la tecnica utilizzata per l'anestesia, perché il buon risultato della terapia antalgica nel periodo perioperatorio determina in questo target di pazienti una riduzione di comportamenti anomali e aggressivi, del rifiuto del cibo e del delirium

- e nella fase successiva sia a riposo che nel corso del nursing e della seduta riabilitativa.

Le caratteristiche e l'intensità del dolore e gli eventuali effetti collaterali del trattamento devono essere registrati in cartella, come stabilito dalle disposizioni vigenti.

Per la rilevazione del dolore nel paziente con buon livello cognitivo devono essere utilizzate le schede per la valutazione e il monitoraggio del dolore di seguito riportate in cui vengono utilizzate sia la Scala VRS che quantifica il dolore con aggettivi (No Dolore - Dolore lieve - Dolore Moderato - Dolore Forte – Dolore Insopportabile) sia la scala Numerica (NRS) che valuta l'intensità del dolore secondo una scala che va da zero a dieci, dove zero corrisponde ad assenza di dolore e dieci alla massima espressività del dolore.

Nel paziente con deterioramento cognitivo il rilievo mediante scale numeriche può non essere praticabile, ma la presenza di dolore può essere presunta da indicatori comportamentali quali espressioni del viso, vocalizzazioni, movimenti del corpo, aggressività, rifiuto del cibo, aumento del wandering, delirium. In ogni caso in questo tipo di paziente il dolore deve essere presunto in base alla patologia in atto e trattato anche se non rilevabile con certezza.

Nel paziente anziano è preferibile utilizzare al posto dei FANS, che presentano rischio di complicanze, il paracetamolo e gli oppioidi con i seguenti schemi terapeutici:

- se nrs è maggiore di 6 si utilizzano oppioidi maggiori etramadolo 100mg o in alternativa titolazione morfina. Associare paracetamolo 1000mg ogni 8/12h e se possibile Ketorolac endovena.

Posizionare comunque catetere perineurale del plesso lombare o femorale con anestetico in infusione continua per 24/48h Levobupivacaina o ropivacaina 0.125mg per ml in 50ml, dosaggio medio 6/8mg ora.

In terza giornata sospendere e rimuovere i catetere perineurale e switch e continuare la terapia antalgica con paracetamolo 1000mg ogni 8/12h per os.

Il Paracetamolo risulta essere il farmaco di prima scelta perché si associa ad un basso rischio emorragico inducendo una inibizione reversibile dell'aggregazione piastrinica la cui funzione

Data 22/03/2017	Rev.0	Pagina 21 di 62
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



riprende quando il farmaco viene eliminato, deve essere infuso in 15 minuti, altrimenti si riduce l'efficacia.

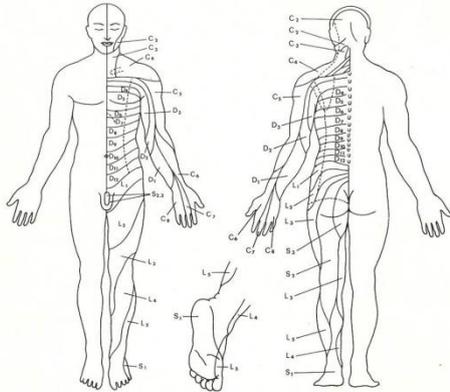
Ha un onset di 30 minuti ed una durata analgesica di 4-6-ore. Può essere utilizzato per 5-7 giorni poi potrebbe indurre tossicità epatica. E' controindicato in tutti i casi di epatopatia, grave malnutrizione, alcolismo e nei soggetti con deficit di Glucosio-6 Fosfato Deidrogenasi.

E' auspicabile l'uso di una pompa elastomerica per il trattamento del dolore post-operatorio che assicura la somministrazione dei farmaci antalgici omogenea nel tempo, evitando variazioni di concentrazioni ematiche (sottodosaggio o picchi di concentrazione) legate ad una somministrazione con gocciolatoio o per altra via (im., e.v., ecc.).



**SCHEMA VALUTAZIONE CLINICA DEL DOLORE**

**ANAMNESI DOLORE ASSENTE**  **NON VALUTABILE**  **PRESENTE**  specificare:



- acuto  a riposo  
 cronico  in movimento  
 riacutizzazione dol. cronico  episodico intenso

Specificare e segnare con una x nella figura accanto:

**S** la sede: \_\_\_\_\_  
**E** l'irradiazione: \_\_\_\_\_  
**D** \_\_\_\_\_  
**E** \_\_\_\_\_

**Da quanto tempo è presente il dolore?** \_\_\_\_\_

**Note anamnestiche relative al dolore:** \_\_\_\_\_

<p><b>Come descrive il suo dolore?</b></p> <p>sordo* <input type="checkbox"/> gravativo <input type="checkbox"/> costrittivo <input type="checkbox"/> crampiforme <input type="checkbox"/> pulsante <input type="checkbox"/>          tagliente <input type="checkbox"/> urente* <input type="checkbox"/> elettrico* <input type="checkbox"/>          altro <input type="checkbox"/> _____</p>	<p><b>Disturbi neurologici associati</b></p> <p>anestesia <input type="checkbox"/> ipoestesia <input type="checkbox"/> iperestesia <input type="checkbox"/> parestesie <input type="checkbox"/> iperalgesia <input type="checkbox"/>          allodinia* <input type="checkbox"/> prurito* <input type="checkbox"/>          deficit motori <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____</p>
---	---

\*in presenza di queste caratteristiche compilare questionario DN4 presente sul retro

**Diagnosi algologica:** NOCICETTIVO  NEUROPATICO  MISTO

**Riportare nella tabella sottostante l'INTERFERENZA NELLA VITA QUOTIDIANA**

<b>Attività Lavorativa</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<i>0: il dolore non interferisce</i>	<b>Il Dolore impedisce di dormire</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Note d'ansia</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Note di Depressione</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Relazioni Sociali ed Interpersonali</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<i>1: interferisce a volte</i>	
<b>Relazioni Affettive</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<i>2: interferisce spesso sempre</i>	

<b>T E R A P I A</b>	Effettuata _____  In corso _____
--	--

**INTENSITÀ DEL DOLORE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE:** segnare con una X il numero corrispondente all'intensità nella SCALA NRS A 11 punti per la misurazione del dolore nell'adulto

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	DOLORE LIEVE			DOLORE MODERATO			DOLORE FORTE		DOLORE INSOPPORTABILE	

**TERAPIA PRESCRITTA:** (riportare classe di farmaci) \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA E TIMBRO ASS. IN FORMAZIONE** \_\_\_\_\_ **FIRMA E TIMBRO DIRIGENTE MEDICO** \_\_\_\_\_



**ALLEGATO N.2**

**SCALA: Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (Scala ADL)**

- **LAVARSI** Spugnature, vasca o doccia
  - a) L'anziano non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
  - a) Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
  - b) Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)
- 2) **VESTIRSI** - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa)
  - a) Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
  - a) Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
  - b) Riceve aiuto nel prendere vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito
- 3) **USO DEI SERVIZI** - Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste.
  - a) Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella od il vaso od il pappagallo, per la notte, o la comoda, vuotandoli al mattino)
  - b) Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda
  - b) Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine
- 4) **TRASFERIMENTO**
  - a) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello)
  - b) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto
  - b) Non esce dal letto
- 5) **CONTINENZA**
  - a) Ha completo autocontrollo sui movimenti per urinare e per evacuare
  - b) Ha occasionalmente degli incidenti
  - b) Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare; oppure utilizza il catetere o è incontinente
- 6) **ALIMENTARSI**
  - a) Si alimenta da solo e senza aiuto
  - a) Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane
  - b) Riceve assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

**Istruzioni per la compilazione**

Il giudizio è basato sullo stato reale e non sulla abilità: il rifiuto di eseguire una funzione va valutato come disabilità, anche se si ritiene il paziente capace. Autonomia significa assenza di supervisione, guida od assistenza attiva: la necessità di aiuto umano sotto qualsiasi forma va classificata come disabilità. L'utilizzo autonomo di presidi o equipaggiamenti speciali per svolgere una funzione, in assenza di aiuto da terzi, va classificato come non disabilità. Riguardo alla incontinenza, la definizione di non autosufficienza va riferita non alla sua esistenza in sé, ma alla necessità di essere aiutati da altri per pulirsi, indossare e cambiare pannolini, utilizzare la comoda od i servizi igienici. A scala compilata il risultato può essere riportato: • come numero assoluto, attribuendo il valore di 0 al giudizio di indipendenza (a) e 1 a quello di dipendenza (b). (0= massima autonomia, 6= massima dipendenza) • come indice utilizzando la scalogramma successivo (A: massima autonomia; G massima dipendenza).

Totale di a) indipendenza	6a	5a	4a	3a	2a	1a	-	-
Totale di b) dipendenza	-	1b	2b	3b	4b	5b	6b	>1b
Lavarsi	a	b	b	b	b	b	b	
Vestirsi	a	-	b	b	b	b	b	
Uso dei servizi	a	-	-	b	b	b	b	
Trasferirsi	a	-	-	-	b	b	b	
Continenza	a	-	-	-	-	b	b	
Alimentarsi	a	-	-	-	-	-	b	
INDICE	A	B	C	D	E	F	G	ALTRO



**ALLEGATO N.3**

**SCALA: ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)**

(Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969)

La scala IADL valuta le capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.

È importante barrare la casella corrispondente a "non applicabile" quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione ma l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti; questo si verifica specialmente per quanto riguarda gli uomini, in quelle attività che sono prevalentemente svolte da donne (preparazione del cibo, governo della casa, biancheria).

<b>Capacità di usare il telefono</b>		
(1)	Usa il telefono di propria iniziativa	1
(2)	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
(3)	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
(4)	Non risponde al telefono	0
	Non applicabile	NA
<b>Fare acquisti</b>		
(1)	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
(2)	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
(3)	Ha bisogno di essere accompagnato	0
(4)	Completamente incapace di fare acquisti	0
	Non applicabile	NA
<b>Preparazione del cibo</b>		
(1)	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
(2)	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
(3)	scalda o serve pasti preparati oppure cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
(4)	ha bisogno di avere cibi preparati	0
	non applicabile	NA
<b>Governo della casa</b>		
(1)	Mantiene la casa solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
(2)	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
(3)	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
(4)	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
	Non applicabile	NA
<b>Biancheria</b>		
(1)	Fa il bucato personalmente	1
(2)	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
(3)	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
	Non applicabile	NA
<b>Mezzi di trasporto</b>		
(1)	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
(2)	Si sposta in taxi ma non usa i mezzi pubblici	1
(3)	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
(4)	Può spostarsi solo in taxi o auto con assistenza	0
(5)	Non si sposta per niente	0
	Non applicabile	NA
<b>Responsabilità nell'uso dei farmaci</b>		
(1)	Prende le medicine che le sono state prescritte	1
(2)	Prende le medicine se sono preparate in anticipo o in dosi separate	0
(3)	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
	Non applicabile	NA
<b>Capacità di maneggiare il denaro</b>		
(1)	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
(2)	È in grado di fare piccoli acquisti	1
(3)	È incapace di maneggiare i soldi	0
	Non applicabile	NA
<b>Totale funzioni conservate ___/8 (se femmina)</b>		
<b>Totale funzioni conservate ___/5 (se maschio)</b>		



#### ALLEGATO N.4

### PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE

E' definita lesione da decubito/pressione (LDD) un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità viene classificata in stadi. Alla formazione ed alla crescente frequenza delle LDD concorrono fattori sistemici o intrinseci come patologie debilitanti, croniche, malnutrizione, disidratazione oltre che il progressivo invecchiamento della popolazione.

#### FATTORI LOCALI

- Pressione
- Forze di stiramento o di taglio
- Attrito o frizione
- Macerazione

#### FATTORI SISTEMICI

- Età
- Riduzione della mobilità
- Malnutrizione
- Ipertermia

#### SEDE DELLE LESIONI

Le lesioni da pressione compaiono potenzialmente in tutti i punti di contatto del corpo con i piani di appoggio anche se più del 95% si localizzano sulle prominenze ossee.

- **Supino:** area occipitale, olecranica, scapolare, sacrale, regioni ischiatiche, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici, calcaneare, apofisi spinose;
- **Prono:** padiglione auricolare, area temporale-zigomatico-mandibolare, claveare, sternale, patella re, dorsale del piede, spine iliache anteriori superiori;
- **Laterale:** trocanteri, malleoli, cresta iliaca, ginocchia, bordo esterno del piede, spalla, regione scapolare, gomiti, padiglioni auricolari, zigomi;
- **Seduto:** area ischiatica, cresta iliaca, area sacrale, apofisi spinose, spine della scapola e nuca, calcagni e ginocchia;

#### FASE 1 - PREVENZIONE

##### A. Identificazione dei Soggetti A Rischio

Al ricovero presso l'U.O.C. di Ortopedia ed al momento della dimissione tutti i pazienti ricoverati vengono valutati sul rischio di lesioni da pressione e classificati dal personale infermieristico secondo la scala di Braden (v. scheda accessoria documentazione infermieristica).

La scala di Braden è un indicatore di rischio nel quale vengono presi in considerazione 6 indicatori:

- percezione sensoriale



- umidità
- attività motoria
- nutrizione
- frizione e scivolamento
- mobilità

Il rischio per il paziente è inversamente proporzionale al valore ottenuto (minore è il valore, maggiore è il rischio).

Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è  $\geq 16$ .

L'infermiere prende in esame ciascun indicatore e ne assegna il relativo punteggio.

Assegnati i punteggi a tutte le variabili, se viene evidenziata:

- 1) una situazione di basso rischio bisogna attivare tutte le misure di prevenzione previste ad eccezione dell'applicazione del materasso anidécubito;
- 2) una situazione di medio, alto o altissimo rischio bisogna attivare tutte le misure di prevenzione e provvedere inoltre al posizionamento del materasso antidecubito.

La valutazione deve essere ripetuta ogni 7 giorni e ogni volta vi siano modificazioni nelle condizioni del paziente.

Tutte le schede di valutazione e di rivalutazione devono essere conservate insieme alla documentazione clinica del paziente.

## **B. VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE**

La nutrizione rappresenta una componente fondamentale per mantenere l'integrità dei tessuti e per promuovere la guarigione delle lesioni.

La compromissione dello stato nutrizionale, associata a calo ponderale che provoca una riduzione del pannicolo adiposo e la diminuzione delle proteine circolanti (albumina, transferrina etc.), rende i tessuti maggiormente suscettibili al danno da compressione.

La malnutrizione e la disidratazione sono fattori di rischio aggiunti i per l'insorgenza delle lesioni. E' necessario quindi conoscere il bilancio alimentare e idrico per poter adottare quanto prima possibile tutte le misure idonee ad assicurare un corretto apporto calorico, proteico, vitaminico e di sali minerali.

Al momento del ricovero il paziente deve essere sottoposto a screening nutrizionale.

## **C. ELIMINAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO ED EDUCAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE ED AI FAMILIARI**

*Le attività sottoindicate che prevedono una mobilitazione, nel paziente con frattura di femore possono essere effettuate soltanto su indicazione del fisiatra e/o ortopedico.*

- Incoraggiare l'attività motoria del paziente e richiedere dove indicata la FKT;
- Mobilizzare il paziente allettato ogni 2 ore;
- Mobilizzare senza provocare sfregamenti sulla cute servendosi di un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente;
- Assicurarci che le lenzuola siano ben tese e senza corpi estranei;
- Prevenire lo scivolamento verso il basso tenendo la testata del letto solo leggermente rialzata (angolo non superiore a 30°);



- Posizionare in poltrona appena le condizioni cliniche lo consentano, favorendo dove possibile l'alimentazione al tavolo;
- Evitare le forze di pressione anche con uso di ausili (archetti, alzacoperte)
- Interporre tra gli arti inferiori cuscini al fine di evitare il contatto delle ginocchia e delle caviglie. In posizione supina i cuscini devono essere posizionati tra le gambe e sotto di esse dal polpaccio alla caviglia per mantenere i talloni sollevati;
- Non mettere mai i cuscini solo sotto le ginocchia;
- Garantire un corretto apporto nutrizionale favorendo l'alimentazione secondo il gradimento del paziente; stimolare l'alimentazione regolare e sorvegliare il corretto apporto idrico e alimentare.
- Educare paziente, familiari e assistenti ai cambi di postura (postura fianco sinistro, destro, supina), ad una corretta mobilizzazione, ad una osservazione, durante la mobilizzazione, dei siti sensibili e al rispetto di quanto sopra indicato;
- Posizionare il materasso anti-decubito appropriato ai pazienti con indice di Braden < 16.

#### **D. MANTENIMENTO DELL'INTEGRITA' CUTANEA MIGLIORANDO LA TOLLERANZA DEL TESSUTO ALLA PRESSIONE**

- Curare la pulizia ed il rifacimento del letto prestando attenzione che le lenzuola siano ben tese e non ruvide;
- Durante il rifacimento del letto ispezionare sistematicamente la cute del paziente a rischio, con particolare attenzione alle prominenze ossee per rilevare la presenza di segni premonitori (arrossamento della zona, dolore, cianosi lieve, ipertermia);
- Non utilizzare sulla pelle agenti irritanti (alcool);
- Non mettere il paziente a contatto con cerate o materiali che impediscano la traspirazione cutanea;
- Personalizzare le cure igieniche secondo i bisogni del paziente: lavare con acqua tiepida e saponi a pH fisiologico, asciugare per tamponamento.
- Utilizzare in caso di incontinenza prodotti barriera;
- Evitare l'eccessi a secchezza della cute usando creme emollienti ed idratanti;
- Evitare la macerazione della cute causata da incontinenza, sudorazione o secrezione di ferite; se si usa il pannolone cambiarlo frequentemente.
- Nella persona con incontinenza urinaria con punteggio Braden < 12 valutare l'utilizzo del catetere vescicale interno o cateteri esterni.

#### **FASE 2 - TRATTAMENTO**

Nel caso di sviluppo di lesione da decubito e/o nel caso in cui la lesione sia già presente al momento del ricovero, saranno attuati interventi per facilitare il processo di guarigione. Al fine di attuare correttamente gli interventi occorre rispettare le seguenti indicazioni:

- Lasciare la lesione scoperta il minor tempo possibile. La rigenerazione cellulare avviene ad una temperatura che oscilla tra i 35° e i 37°C.
- Detergere la lesione con gesti di tamponamento leggeri o utilizzando il ringer lattato/soluzione fisiologica in siringa per irrigare la lesione.



- Proteggere i bordi perilesionali dalla macerazione con pomate all'ossido di zinco.
- Non usare antibiotici locali. Usare terapia antibiotica sistemica in presenza di segni clinici d'infezione della lesione.
- Non utilizzare disinfettanti di routine. Abbassare la carica batterica con la soluzione fisiologica.
- Non incidere le lesioni al tallone con escara asciutta, se non in presenza di edema, fluttuazione o fuoriuscita di secrezioni. Se l'escara si presenta molle incidere e favorire il drenaggio della necrosi colliquata sottostante.
- Utilizzare medicazioni debordanti sulla cute perilesionale 2-3 cm dalla lesione.
- Utilizzare medicazioni secche tradizionali dopo l'uso di uno strumento chirurgico che determina sanguinamento, solo nelle prime medicazioni.
- Fotografare al momento del ricovero le lesioni da decubito previo consenso da parte del paziente e/o dei familiari e descriverla nella scheda accessoria della documentazione infermieristica.

### **FASE 2.1 - LA CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO: LA SCALA NPUAP**

La classificazione più accettata delle lesioni da decubito quella del "National Pressure Ulcer Advisory Panel" (NPUAP) secondo la quale si distinguono quattro stadi della lesione.

Per poter valutare la guarigione o il miglioramento è necessaria la descrizione iniziale della lesione da decubito con l'indicazione di:

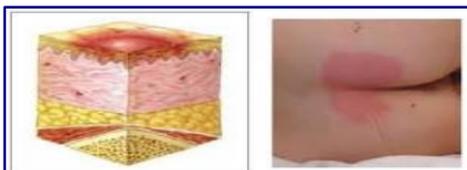
- stadio
- dimensioni
- presenza o assenza di tessuto necrotico
- infezione
- essudato
- tessuto di granulazione

ed il monitoraggio sistematico dello stato della lesione con la descrizione degli interventi praticati

### **Classificazione delle ulcere da pressione NPUAP-EPUAP**

#### **Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile**

Cute intatta con rossore non sbiancabile. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente.



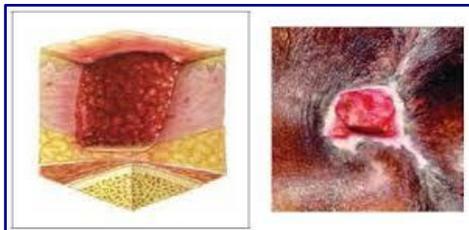
#### **Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale**

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero.



**Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale**

Perdita di tessuto a spessore totale. Può essere visibile il grasso sottocutaneo, ma non ossa, tendini o muscoli. La profondità della Stadio III varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Stadio III.



**Categoria / Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale**

Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Come per lo stadio precedente la profondità delle ulcere varia in base alla posizione anatomica. Le ulcere di Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite.



**Non stadiabili: Profondità Sconosciuta**

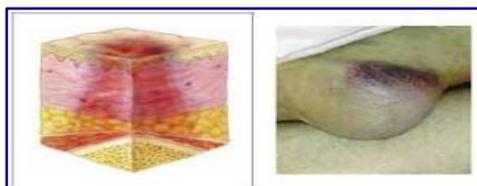
Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.





**Sospetto Danno Profondo del Tessuto:** Profondità Sconosciuta

Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area si può presentare dolorosa, solida, pastosa, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro o un'escara sottile.



**TRATTAMENTO LESIONI DA PRESSIONE SECONDO LA STADIAZIONE**

Stadio	Detersione	Medicazione	Cadenza	Area circostante
I	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<input type="checkbox"/> pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
II	Soluzione fisiologica o ringer lattato	<input type="checkbox"/> idrocolloidi extra sottili <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
Flittene	Soluzione fisiologica o ringer lattato	forare senza rimuovere il tetto e coprire con schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o SO.	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
III e VI	Soluzione fisiologica o ringer lattato	Vedere specifiche		Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco

Specifiche III e IV stadio	Medicazione	Cadenza
Se escara	<input type="checkbox"/> pomate enzimatiche + garze <input type="checkbox"/> idrogel + schiuma di poliuretano	Ogni 24/72 ore. Rinnovo pomate enzimatiche ogni 8 ore.
Se emorragica	<input type="checkbox"/> alginati + garze sterili	ogni 8/24 ore
Se essudativa o necrotica o fibrinosa.	<input type="checkbox"/> idrogel + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> idrogel + placca idrocolloidale <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + placca idrocolloidale.	ogni 24/72 ore
Se cavitaria con abbondante essudato	<input type="checkbox"/> tampone in schiuma di poliuretano + schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + garza	da giorni alterni a 3/4 giorni,
Se lesione granuleggiante	<input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o SO.
Se lesione infetta	<input type="checkbox"/> fibra idrocolloidale + garza	ogni 24 ore



## **ALLEGATO N.5**

### **ASSESSMENT GERIATRICO/INTERNISTICO GLOBALE**

La introduzione della "Valutazione multidimensionale geriatrica" (VMD) ha comportato un decisivo cambiamento nell'approccio del paziente anziano, sia in ambito sanitario sia in ambito assistenziale. La VMD è un indispensabile metodo comune e condiviso di tutti gli operatori che se ne occupano del paziente anziano. Il termine multidimensionale conduce necessariamente alla interazione di varie professionalità che ruotano attorno al paziente geriatrico (medico, infermiere, psicologo, fisioterapista, operatore socio-sanitario, tra altri). L'obiettivo della VMD è quella di giungere a una scrupolosa conoscenza dell'anziano sotto diversi aspetti con lo scopo di: a) identificare le sue necessità di tipo sanitario, assistenziale e sociale; b) consolidare un metodo di lavoro appropriato a queste necessità; c) valutare nel tempo i risultati ottenuti dall'intervento individuando anche gruppi a particolare rischio e i luoghi di cura a loro più appropriati. **La complessità che ne deriva, comporta la necessità della presenza di un gestore della organizzazione multidisciplinare per poter rispondere alle necessità individuali del paziente geriatrico, che sono molto variabili da individuo a individuo. La figura di un Medico Geriatra dedicato è indispensabile per il fattivo raggiungimento degli obiettivi prefissati.**

Le aree principali di interesse della VMD sono soprattutto: la salute fisica, la salute psichico-affettiva, lo stato cognitivo, le capacità funzionali, i fattori sociali e quelli ambientali, nonché la valutazione del rischio per cadute, lesioni da pressione, malnutrizione, depressione, non dimissibilità per motivi medici ecc. I risultati ottenuti (che possono essere quantificabili) possono essere utilizzati come veri e propri Indicatori di Outcome.

Saper riconoscere, valutare e risolvere al meglio le diverse patologie (comorbidità) che il paziente anziano quasi sempre presenta al momento del ricovero per una frattura da fragilità è un compito centrale del Geriatra nei percorsi Orto-Geriatrici. Infatti, è nel controllo integrale e tempestivo della comorbidità e nella pianificazione personalizzata post-operatoria e post-dimissione che si gioca la differenza tra il ruolo di semplice consulente estemporaneo e quello di specialista che impegna quotidianamente la sua specifica competenza. Precedenti modelli di consulenze geriatriche e/o multispecialistiche semplici, caratterizzati da visite periodiche di un consulente Geriatra al personale chirurgico ortopedico, responsabile dell'assistenza generale, non ha dimostrato un vero e proprio effetto benefico sulla mortalità e sul recupero funzionale (Giusti et al, 2011). Al contrario, i modelli più complessi, caratterizzati da un approccio multidisciplinare con co-gestione Ortopedico-Geriatra dei pazienti hanno mostrato, in studi randomizzati controllati e osservazionali, una riduzione delle complicazioni mediche acute (soprattutto minore frequenza di infezioni, di delirium e di piaghe da decubito), una riduzione della mortalità intraospedaliera e ad un anno, dei costi (soprattutto riduzione dei giorni di ricovero acuto) e delle riammissioni nel primo mese dopo la dimissione, rispetto ai modelli tradizionali o più semplici (Fiedman et al., 2009; Kates et al. 2010; Sabharwal S et al., 2015).

La gestione quotidiana della comorbidità da parte del Geriatra è la variabile che più influenza la sopravvivenza dei pazienti geriatrici acuti (Landfeld et al., NEJM 1995). Quindi, oltre ad una valutazione delle condizioni generali (per esempio ADL o IADL), mentali (tipo MMSE) ecc.,



è fondamentale la gestione delle complicanze acute dovute alle patologie pre-esistenti e la valutazione della severità della comorbilità mediante apposite scale (ad esempio CIRS - Cumulative Illness Rating Scale) (Palmalee et al., 1995). Le co-patologie di gran lunga più frequenti sono quelle cardiache (soprattutto scompenso cardiaco) e respiratorie (soprattutto insufficienza respiratoria in BPCO), seguita dalle neoplasie e dalle patologie neuro-psico-organiche. Va sempre ricordato che l'intervento geriatrico sul ricoverato in Ortopedia deve inserirsi nel contesto più ampio del disease management dell'anziano: il momento del ricovero deve collegarsi organicamente con il momento riabilitativo successivo e, ancor più in là, con i successivi passi gestionali sia medici che assistenziali. Gli aspetti principali da affrontare contemporaneamente e fin dal primo momento del ricovero per evitare, ad esempio, il ritardo anche di giorni la dimissione, includono primariamente:

- Comorbilità
- Follow-up
- Aspetti assistenziali, economici e burocratici
- Care givers

Il Geriatra nel reparto di Ortopedia che è veramente di supporto all'Ortopedico (e all'azienda in cui entrambi prestano la loro attività professionale) gestisce in prima persona e quotidianamente le condizioni generali del paziente con un approccio olistico, lasciando all'Ortopedico solo quella relativa alla materia di sua competenza. Inizialmente è anche necessario il promuovere le competenze Geriatrico/Internistiche del personale medico ed infermieristico dell'Ortopedia e garantire l'essenziale diagnostico e terapeutico. Questo può comportare cambiamenti culturali e di prassi anche profondi e impegnativi (per esempio non mettere il catetere vescicale a permanenza a tutti quelli che entrano in reparto, gestire la frequente assenza di alcuni farmaci non usualmente prescritti nel reparto di Ortopedia, uso di presidi ecc.). È compito del Geriatra portare il paziente a risolvere la patologia che lo ha portato al ricovero o che complicano la gestione peri-operatoria nel modo più veloce e sicuro; la completa comprensione di ogni suo problema di salute non è l'obiettivo primario al momento e può essere rimandato a tempi (e luoghi) migliori. Perciò, affronterà solo i problemi aperti che possono direttamente influire sulla soluzione veloce e sicura della patologia ortopedica attuale. Gli altri specialisti consulenti devono essere interpellati in modo selettivo e guidati anche loro a risolvere i problemi immediati, senza crearne altri. Il regime terapeutico deve essere il più velocemente possibile ricondotto a quello che si consiglierà in post-ricovero. Oltre alla gestione clinica delle problematiche acute del paziente, va studiata il più possibile in anticipo e risolta tempestivamente la problematica assistenziale, spesso pesantemente responsabile di eccessivi tempi di ricovero. La valutazione clinica e funzionale geriatrica verrà aggiornata giornalmente nella cartella clinica e la lettera di dimissione geriatrica accompagnerà quella degli Ortopedici integrandola con il trasferimento al setting più appropriato individualmente (lungodegenza geriatrica, riabilitativa, ADI, RSA, ecc.) e con istruzione ad hoc per la prevenzione secondaria di ulteriori fratture da fragilità e di cadute.

Applicando queste linee di condotta pratica, è auspicabile ottenere risultati tangibili in termini di:

- Riduzione della durata dei ricoveri in Ortopedia dei pazienti anziani
- Riduzione del tempo ricovero-intervento e dell'incidenza di complicazioni peri/post-operatorie
- Migliorata "customer satisfaction" da parte dei paziente e i loro familiari e anche degli altri componenti del Team multidisciplinare.



## **ALLEGATO N.6**

### **GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIAGREGGANTE E ANTICOAGULANTE**

**Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso** -Suppl. ord. n° 2 alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, (GURS) (p. I) n° 3 del 20.01.2012 (n° 4)- Pag. 57-65

I pazienti operati per frattura del terzo superiore del femore sono ad alto rischio tromboembolico, con una frequenza di TVP senza profilassi pari a circa il 50% e di EP fatale dal 4 al 12%.

Il periodo a rischio di TEV si protrae per 2-3 mesi dopo la frattura d'anca con un rischio complessivo di morte a 90 giorni del 13% (Nicolaidis 2006).

Le indicazioni per la prevenzione del TEV in pazienti con frattura del terzo prossimale del femore ricalcano dunque quelle delle chirurgie ortopediche maggiori. I dati presenti in letteratura non consentono di raccomandare l'aspirina quale unico mezzo di prevenzione in questi pazienti, così come in tutti quelli sottoposti a chirurgia maggiore.

Sono scarsi gli studi disponibili sulla profilassi con anticoagulanti: simili risultati sono stati riportati con gli anticoagulanti orali, le EBPM e l'ENF a basse dosi, con cui ci si può attendere una riduzione delle TVP al 20-25%. In caso di frattura di femore, la profilassi viene in genere iniziata al momento della diagnosi e, se si usano le EBPM, si lascia un intervallo di almeno 8 ore prima dell'intervento (o 12 in caso di anestesia spinale).

Un ritardo del ricovero e dell'intervento chirurgico per le fratture di anca si associa a un' aumentata incidenza di TVP pre-chirurgica. Quando il ritardo è uguale o superiore alle 48 ore, l'incidenza di TVP preoperatoria (diagnosticata mediante venografia) può raggiungere il 62% per tutte le TVP e il 14% per la TVP prossimale. Pertanto, è fortemente raccomandato che, se si prevede un ritardo nell'intervento, la profilassi con eparina sia incominciata il più precocemente possibile dopo la frattura: le EBPM sono i farmaci di prima scelta. La profilassi dovrebbe essere ricominciata quando sia stata raggiunta un'emostasi postoperatoria.

Non esistendo studi sulla durata del trattamento appare ragionevole regolarsi come nella protesi elettiva d'anca.

Il gruppo di lavoro, nonostante le prove di letteratura, non raccomanda l'impiego routinario degli anticoagulanti orali per la loro minore efficacia e per le difficoltà di gestione, né quello di ENF, ormai obsoleto negli interventi di chirurgia ortopedica maggiore.

Anche per questi pazienti i risultati complessivamente insoddisfacenti ottenuti con i farmaci antitrombotici classici sono un'indicazione per la profilassi con fondaparinux che si è dimostrato superiore a enoxaparina (Eriksson 2001). Uno studio ad hoc ha paragonato fondaparinux somministrato per una sola settimana con fondaparinux somministrato per quattro settimane, dopo intervento per frattura di femore, evidenziando una notevole differenza nell'efficacia relativa (- 96% di riduzione del rischio relativo con la profilassi prolungata) (Eriksson 2003).

Nella frattura d'anca nessuno studio ha valutato i nuovi anticoagulanti orali dabigatran e rivaroxaban che dunque non sono indicati in questi pazienti. Valutazione tramite scheda Aziendale del Rischio Tromboembolico

**Terapia anticoagulante e antiaggregante:** l'utilizzo molto diffuso di queste categorie di farmaci può produrre una consistente posticipazione dell'intervento chirurgico in pazienti per altro clinicamente stabili.



Mentre sono ormai standardizzati gli interventi per la reversibilità degli anticoagulanti orali in genere non comportano ritardi oltre 24 ore, più complessa è la gestione della terapia antiaggregante. Sono sempre frequenti i pazienti fratturati di femore in trattamento con antiaggreganti singolarmente o in associazione, per pregresse sindromi coronariche acute, rivascolarizzazione coronarica percutanea, vasculopatie cerebrali; in questi casi non sembra opportuno sospendere trattamenti in atto con tienopiridine poiché numerosi dati di letteratura evidenziano il rischio di sindromi coronariche acute in seguito alla sospensione del trattamento .

### **Gestione perioperatoria della terapia con anticoagulanti orali (warfarin e/o acenocumarolo) nella frattura di femore.**

La chirurgia dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali è un problema rilevante nella pratica ospedaliera per il numero crescente di pazienti in TAO, spesso in età avanzata e con patologie associate. In occasione di interventi chirurgici o manovre invasive l' interruzione della TAO può aumentare il rischio tromboembolico (TE), la sua continuazione può invece aumentare il rischio di emorragie.

L' Obiettivo è quello di portare il paziente all' intervento chirurgico con emostasi sufficiente, esponendolo comunque per il più breve tempo possibile al rischio tromboembolico.

#### **La scelta del trattamento più idoneo dipende da:**

- Rischio TE inerente alle diverse situazioni cliniche per le quali è stata prescritta la TAO e specifico del paziente.
- Rischio emorragico legato alla TAO perioperatoria, al tipo di intervento, alle condizioni cliniche associate ( epatopatia, nefropatia), all' assunzione di farmaci interferenti con l' emostasi e alla possibilità di adottare idonee misure emostatiche locali.

#### **CATEGORIE DI RISCHIO TROMBOEMBOLICO**

<b>Rischio di tromboembolismo elevato</b>	<b>Rischio di tromboembolismo basso-moderato</b>
• Protesi meccanica mitralica	• Protesi meccanica Aortiche di nuova generazione
• Protesi meccanica aortica non recente o associata a fibrillazione atriale	• Fibrillazione atriale non valvolare
• Protesi valvolare con pregresso TE arterioso	• Trombosi venosa profonda non recente(>3 mesi)
• Fibrillazione striale + pregresso TE arterioso o valvulopatia mitralica	
• Tromboembolismo venoso recente(<1mese)	

#### **Target INR preoperatorio < 1,5**

- Sospensione terapia anticoagulante orale all' ingresso
- Somministrare vitamina K 1-5 mg per os ( oppure e.v. in sol.fisiol. o gluc. 5% in infusione lenta < ad 1mg. /m' ) Dosi maggiori solo in presenza di sanguinamento maggiore
- Controllo INR dopo almeno 6 ore e prima dell' intervento ( se valori non target ripetere la somministrazione di vitamina K )
- Iniziare trattamento con EBPM quando INR < 2( a dose scoagulante in pazienti ad alto rischio trombo embolico; a dose profilattica in pazienti a medio o basso trombo embolico



- Intervento chirurgico entro 24 ore dalla ricoagulazione (se posticipato ripetere INR prima dell' intervento per eventuali ulteriori somministrazione di vitamina K)
- Sospensione di EBPM a dose profilattica 12 ore prima dell' intervento. Sospensione EBPM a dose coagulante 24 ore prima dell' intervento.
- Ripresa delle terapia anticoagulante orale(dose usuale+50%) in prima giornata post operatoria o quando l' emostasi risulta adeguata.
- Sospensione della EBPM , nel post operatorio, dopo rilievo di INR nel range terapeutico.

La somministrazione di plasma fresco congelato o concentrato di complesso protrombinico non è indicato se non in presenza di sanguinamento maggiore che richieda tempestiva ricoagulazione.

In caso di terapia con EBPM al fine di praticare il blocco centrale la sospensione deve essere effettuata 12 ore dell' intervento se a dosaggio profilattico o, 24 ore se a dosaggio scoagulante

## **NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI**

### **Chirurgia/Procedura d'urgenza**

Nei paziente in trattamento con NAO che deve essere sottoposto ad un intervento chirurgico/procedura non programmata, il farmaco deve essere sospeso .Se le condizioni cliniche lo consentono, si dovranno attendere almeno 12 ore, o se possibile 24 ore, dall' ultima somministrazione del farmaco. Se l' intervento non può essere posticipato il rischio di sanguinamento sarà aumentato

### **Antidoti:**

Dabigatran:l' unico che possiede antidoto Idarucizumab; per gli altri:carbone attivo,plasma fresco Human complex.

### **Chirurgia/Procedura programmata**

Nei pazienti in trattamento con NAO, in considerazione della prevedibilità dell' effetto anticoagulante **non è ritenuta necessaria la bridging therapy prima e dopo un intervento chirurgico/procedura programmata.** Nei pazienti in terapia con NAO, oltre a considerare aspetti generali ( età, eventuali terapie in atto), si suggerisce di programmare il tempo di sospensione del farmaco prima dell' intervento chirurgico/procedura tenendo conto delle caratteristiche del farmaco, della funzione renale e del rischio di sanguinamento della procedura da eseguire,in accordo con l' anestesista e del chirurgo. In particolare:

- in caso di intervento chirurgico/procedura programmata con un rischio sanguinamento moderato/elevato sospendere il NAO in media 48 ore prima;
- per i pazienti in terapia con dabigatran, la durata della sospensione prima di un intervento chirurgico/procedura programma dovrà essere adeguata alla funzione renale.

### **Ripresa dei NAO dopo un intervento chirurgico/procedura d'urgenza o programmato**

Nei pazienti in trattamento con NAO, il timing di ripresa del farmaco dopo l' intervento chirurgico o della procedura è basato sulle caratteristiche del farmaco e sul rischio di sanguinamento. Le LG EHRA (2013) raccomandano:

- Per le procedure con emostasi completa ed immediata il farmaco può essere assunto 6-8 ore dopo l' intervento.



- nella maggior parte dei casi, anche in considerazione della mancanza di un antidoto, ad eccezione dabigatran, è preferibile attendere 48-72 ore. Per la profilassi post-chirurgica, in attesa di riprendere i NAO, utilizzare la profilassi consueta.

### **Tempo di sospensione dei NAO prima di procedure chirurgiche**

<b>Clearance Creatinina</b>	<b>Dabigatran</b>	<b>Rivaroxaban</b>	<b>Apixaban</b>
Maggiore 50 ml/min	24 h	24 h	24-36 h
30-50 ml/min	48 h	48 h	48 h
< 30 ml/min	5 gg		

### **TERAPIA ANTIAGGREGANTE**

Un elevato numero di pazienti oggi assume farmaci che inibiscono l'aggregazione piastrinica con lo scopo di prevenire eventi trombotici a livello principalmente arterioso coronarico/cerebrale, con le conseguenze cliniche più importanti quali l'ictus, l'ischemia cerebrale transitoria (TIA), la sindrome coronarica acuta, l'infarto.

Le **principali indicazioni** alla TAA sono la prevenzione di eventi trombotici di tipo arterioso a livello coronarico e/o cerebrale (essi sono usati anche nella terapia di eventi acuti cardiologici e neurologici).

1. **PREVENZIONE PRIMARIA** di eventi cardio-cerebrovascolari (TIA, ictus, infarto) in pazienti asintomatici ma con fattori di rischio.
2. **PREVENZIONE SECONDARIA** di eventi cardio-cerebrovascolari in pazienti che hanno avuto un evento clinico, in questa categoria di pazienti bisogna distinguere e considerare separatamente quelli portatori di stent coronarico (prevenzione della trombosi tardiva dello stent)
3. **PREVENZIONE DELLA TROMBOSI PRECOCE DEGLI STENT CORONARICI** posizionati dopo angioplastica(PACI-percutaneous coronary intervention),per il primo mese dopo stent metallico nudo(BMS-bare metal stent ), per i primi 12 mesi dopo stent medicato(DES-drug eluting stent).

In reazione alle differenti situazioni cliniche si possono distinguere **due modalità di terapia antiaggregante:**

**1.TERAPIA MONO-ANTIAGGREGANTE** :consiste nella somministrazione di un solo farmaco antiaggregante, che nella maggior parte dei casi è ASA, ma può anche essere Ticlopidina o il Clopidogrel. Questo regime TAA è generalmente utilizzato nella prevenzione primaria e nella prevenzione secondaria.

**2. DOPPIA ANTIAGGREGAZIONE:** consiste nella somministrazione contemporanea di due farmaci antiaggreganti, generalmente ASA + Clopidogrel, oppure ASA + Ticagrelor oppure ASA + Prasugrel). Questo regime di TAA è utilizzato principalmente per prevenire la trombosi precoce degli stent coronarici dopo il loro impianto per tutto il periodo necessario per la loro endotelizzazione e nella sindrome coronarica acuta non rivascolarizzata .



## Gestione della terapia antiaggregante nell'intervento chirurgico per frattura di femore

La chiave del problema nella gestione della terapia antiaggregante in pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico ad alto rischio emorragico, è nel dover considerare il bilancio tra il rischio trombotico e quello emorragico, tenendo conto che il rischio trombotico "governa" le scelte iniziali e queste poi devono essere modulate ed adattate sulla base del rischio emorragico.

### STRATIFICAZIONE del RISCHIO TROMBOTICO

I contesti clinici di prevenzione in cui si usano i farmaci antiaggreganti sono molto differenti e pertanto anche i rischi trombotici variano ampiamente. Si possono distinguere tre livelli di rischio principali:

<b>RISCHIO BASSO</b> Monoterapia con ASA	<b>RISCHIO INTERMEDIO</b> Monoterapia con ASA e/o ticlopidina e/o Clopidogrel	<b>RISCHIO ALTO</b> Doppia antiaggregazione con ASA+Clopidogrel/Prasugrel/Tiicagrelor
<p>&gt; 6 mesi dopo PCI con BMS</p> <p>&gt;12 mesi dopo PCI con DES</p> <p>Prevenzione primaria di infarto o ictus</p>	<p>&gt; 1 mese o &lt; 6 mesi dopo PCI con BMS</p> <p>&gt; 6 mesi &lt; 12 mesi dopo DES</p> <p>&gt; 12 mesi dopo DES a rischio elevato (stent lunghi, multipli, in overlapping, piccoli vasi, biforcazioni, tronco comune, last remaining vessel)</p> <p>Prevenzione secondaria dopo infarto, angina, ictus, BAC, sindrome coronarica.</p>	<p>&lt; 1 mese dopo PCI con BMS</p> <p>&lt; 6 mesi dopo DES</p> <p>&lt; 12 mesi dopo DES a rischio elevato (stent lunghi, multipli, in overlapping, piccoli vasi, biforcazioni, tronco comune, last remaining vessel)</p>
<p>La presenza di ACS in occasione della PCI, FE &lt; 35%, IRC, DM, aumentano il rischio di trombosi intrastent. I pazienti sottoposti a CABG ed i pazienti con SCA non sottoposti a PCI vengono considerati ad alto rischio entro il 1° mese, rischio intermedio tra 1 e 6 mesi, basso rischio oltre i 6 mesi.</p> <p>I pazienti sottoposti a POBA sono ritenuti ad alto rischio entro 2 settimane, a rischio intermedio tra 2 e 4 settimane, a basso rischio oltre le 4 settimane.</p> <p>L'uso di stent medicati di II generazione potrebbe ridurre il rischio trombotico.</p> <p>n II n n bb h b</p> <p>FE = Frazione d'Eiezione    IRC = Insufficienza Renale Cronica    DM = Diabete Mellito;</p>		

### Bilancio Rischio emorragico vs rischio trombotico nella frattura di femore

L'intervento chirurgico per frattura di femore è ad alto rischio emorragico

#### Punti chiave:

- Mantenere ASA
- Differire quando possibile interventi a rischio emorragico medio/alto
- Possibilità di sospendere il secondo antiaggregante dopo 6 mesi da PCI "non complete"
- Praticare la terapia di "bridge" negli interventi ad elevato rischio trombotico ed emorragico
- ASA non controindica un blocco neuroassiale da parte dell'anestesista
- Clopidogrel aumenta significativamente il rischio emorragico per cui controindica un blocco neuroassiale. Nel caso di controindicazioni all'anestesia generale per effettuare blocchi centrali è necessario il rispetto dei seguenti timing : per la ticlopidina la sospensione preoperatoria deve essere di 10 giorni, per il clopidogrel 7 giorni



### **Terapia di "bridge"**

Terapia con le "piccole molecole" Tirofiban Eptifibatide mantenendo ASA:

Si stoppa l'inibitore P2Y12

Si inizia TIROFIBAN secondo scheda tecnica fino a 4 ore prima dell'intervento

Si ripristina l'inibitore P2Y12 con dose di carico.



## ALLEGATO N.7

### PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL DELIRIUM

Il Delirium è una condizione comune e grave nell'anziano, ma frequentemente sottostimata, può essere causa di ricovero, ma può anche insorgere durante la degenza.

Episodi di delirium compaiono in oltre la metà dei pazienti con frattura di femore e si associano a minor recupero funzionale, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità.

Il Delirium secondo la definizione dell'OMS è uno stato di confusione mentale, a insorgenza acuta, con decorso fluttuante, di breve durata (da ore a giorni o mesi), dovuto a cause organiche, caratterizzato dalla contemporanea presenza di disturbi dell'attenzione e della coscienza, del pensiero e della memoria, con alterazioni del comportamento psico-motorio, delle emozioni e del ritmo sonno-veglia, mai di durata superiore ai sei mesi.

I fattori predisponenti sono: l'età avanzata e un preesistente deterioramento cognitivo, ai quali si possono associare condizioni che agiscono da fattori scatenanti, come infezioni polmonari e urinarie, uso di anticolinergici e anestetici, disidratazione malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore e inadeguata illuminazione, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione.

La prevenzione e la diagnosi precoce del delirium dovrebbe essere messa in atto ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad un paziente anziano ospedalizzato. Eguale accortezza va rivolta ad un anziano che per la prima volta manifesti cadute, tentativi di fuga, rimozione di presidi medici (cateteri, ecc.), dispercezioni (deliri, allucinazioni, ecc.), disorientamento spazio – tempo, disturbi del linguaggio, agitazione. Al fine di ottimizzare la diagnosi nella pratica clinica si può utilizzare la scala CAM, Confusion assessment method. La compilazione necessita di circa 10 minuti.

#### TABELLA: Confusion Assessment Method (CAM)

<p><b>1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante</b> Dato acquisito di solito da un familiare: c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità? 0 = no 1= si</p>
<p><b>2. Perdita dell'attenzione</b> Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso, ecc.? 0 = no 1= si</p>
<p><b>3. Disorganizzazione del pensiero</b> Il pensiero del paziente è disorganizzato o incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile? 0 = no 1= si</p>
<p><b>4. Alterato livello di coscienza</b> 0 = vigile 1 = iperallerta, letargia, stupore, coma</p>



## **PREVENZIONE**

L'approccio pi efficace per prevenire il delirium è quello di identificare e, laddove è possibile trattare, i fattori di rischio in grado di scatenarlo

Nella gestione del paziente a rischio e/o con delirium devono essere coinvolti nel programma terapeutico familiari/assistenti/amici del soggetto.

## **RACCOMANDAZIONI**

- presenza di un parente/amico in tutto l'arco delle 24 ore, evitando un ricambio di persona troppo frequente;
- limitare i visitatori;
- mantenere un atteggiamento sereno, modulare la voce nell'approccio verbale, non considerando come offensive nei propri confronti parole e gesti che emergono in questa fase;
- tranquillizzare il paziente ricordandogli dove si trova, che giorno è e che tutto va bene;
- mantenere sempre una luce anche nelle ore notturne, poiché permette al paziente di collocarsi nell'ambiente e di vedere c i c'è con lui, limitando il disorientamento è inoltre importante
- stabilire/mantenere un rapporto terapeutico di sostegno, con interventi di supporto all'orientamento del soggetto in relazione anche al suo stato emozionale;
- porsi in relazione in presenza di una figura familiare e con l'accortezza di modulare il tono della voce;
- mantenere il ritmo sonno/veglia;
- coinvolgere ed educare gli adulti/familiari nella prevenzione/gestione degli stati di delirium;
- fornire agli utenti e ai familiari un'educazione sanitaria sulle cause e i fattori di rischio che favoriscono l'insorgere di stati di delirium come prevenzione per il futuro

## **TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO**

Gli obiettivi sono:

- 1) trattare la causa;
- 2) fornire terapia di supporto;
- 3) prevenire gli infortuni del paziente stesso e di che gli sta vicino.

Prima del trattamento farmacologico bisogna mettere in atto principi generali validi per tutti i pazienti con delirium, qualunque sia la causa sottostante:

- fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo, anche per via parenterale: oltre ai liquidi deve comprendere, proteine, sali minerali e vitamine (quest'ultime soprattutto importanti se si sospetta una sindrome di astinenza da alcool);
- supporto con ossigeno (utile quando il delirium è associato a broncopneumopatia cronica o enfisema), in quanto l'ipossia riduce le prestazioni cerebrali;
- creare un ambiente adatto;
- utilizzare un approccio multidisciplinare.
- personale "costante", "assiduo" e "comunicativo";



- favorire le relazioni sociali del paziente con familiari e amici, che vanno costantemente informati sul motivo dell'agitazione, sulle condizioni clinic e del paziente e sulle caratteristiche degli accertamenti a cui è sottoposto;
- correggere i deficit sensoriali con occhiali e protesi acustiche appropriati;
- favorire l'attività fisica, mobilizzando il paziente per evitare la sindrome da allettamento;
- non sedare immediatamente il paziente con *wandering*: allestire spazi protetti dove il soggetto possa muoversi liberamente;
- trattare il dolore, le alterazioni della minzione e del transito intestinale.

### **TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**

Una appropriata riduzione dei farmaci "sedativi", un adeguato trattamento della sintomatologia dolorosa e un approccio non farmacologico rappresentano tuttora il primo approccio d'intervento.

### **RACCOMANDAZIONI:**

- non esiste il farmaco ideale;
- ogni farmaco psicoattivo può peggiorare la confusione mentale, soprattutto quando ha effetti anticolinergici;
- concentrarsi sulla correzione della causa di fondo e cercare di sospendere il trattamento farmacologico del delirium non appena possibile;
- continuare a utilizzare interventi non farmacologici;
- i farmaci devono essere usati solo quando non sono serviti i mezzi non farmacologici, in particolare:
- quando l'agitazione causa uno sforzo eccessivo per l'apparato cardio-respiratorio per esempio negli scompensati cardiaci cronici);
- quando diventa impossibile somministrare la terapia NON farmacologica;
- quando il paziente è pericoloso per sé e per gli altri.
- i farmaci vanno utilizzati al dosaggio più basso possibile, in relazione alla gravità della sintomatologia, per il più breve tempo possibile: deve essere effettuato un monitoraggio attento e frequente dello stato clinico e della terapia;
- valutare la risposta a breve termine, eventualmente ripetere la somministrazione, monitorizzando la risposta e gli eventi avversi;
- ripetere la prescrizione giornalmente e valutare risposta/tollerabilità;
- riportare la dose totale somministrata;
- alla risoluzione dei sintomi proseguire la te-rapia per 48 ore, poi ridurre fino alla sospensione in 1-5 giorni (in relazione alla severità e durata dei sintomi);
- nel caso di persistenza dei sintomi, la terapia va eventualmente protratta al dosaggio più basso possibile, con tentativi di riduzione graduale ogni 1-2 settimane.



## **ALLEGATO N.8**

### **PREVENZIONE DELLA COSTIPAZIONE E ILEOPARALITICO**

Il termine **Costipazione** si riferisce alla difficoltà nella defecazione, a evacuazioni non frequenti per un periodo di tempo prolungato.

Gli anziani tendono a misurare la costipazione basandosi su sintomi come il dolore, la durezza delle feci o lo sforzo piuttosto che la sola frequenza. C'è un legame tra invecchiamento e probabilità di costipazione, da  $> 70$  anni o più.<sup>3</sup> Lo stile di vita è associato alla costipazione, in particolare l'assunzione di liquidi, la dieta ricca in fibre, la storia di uso di lassativi, la vita sedentaria e posticipare l'urgenza a defecare.

#### ***I fattori di rischio:***

- **Assunzione di liquidi:** Questo è spesso citato come un fattore di rischio poiché una scarsa assunzione di liquidi è legata ad un rallentato transito colico e ad una scarsa eliminazione di feci.
- **Dieta:** La diffusione di disturbi digestivi sta aumentando a causa della moderna dieta povera in fibre. Gli studi hanno mostrato che una dieta ricca in fibre influenzi il tempo di transito intestinale, la massa fecale e la frequenza delle evacuazioni.
- **Mobilità:** La costipazione è comune nelle persone che fanno poco esercizio, con rischio più alto per le persone costrette su sedia o a letto.
- **Ambiente:** I problemi come la ridotta privacy, inaccessibilità dei servizi igienici e dipendenza da altre persone per assistenza, potrebbero contribuire allo sviluppo della costipazione.
- **Altri fattori:** La costipazione potrebbe manifestarsi a causa di ansia, depressione e deterioramento cognitivo. Alcuni farmaci, come analgesici oppioidi, anticolinergici e antidepressivi, potrebbero anche incrementare il rischio di costipazione.

**L'Ileo Paralitico** si manifesta con segni e sintomi simili a quelli dell'occlusione intestinale, il paziente manifesta dolore crampiforme e distensione addominale, nausea e vomito, accumulo di gas o liquidi (Rx addome livelli idro-aerei) e assenza di borborigmi e viene definito come un'alterazione funzionale dell'intestino senza blocco meccanico. In caso di intervento chirurgico la funzionalità intestinale si rallenta in rapporto alla somministrazione prolungata di farmaci antidolorifici specialmente della famiglia degli oppioidi, allo stress operatorio, all'alterazione dell'equilibrio elettrolitico, alla procedura anestesiológica utilizzata e anche in base al rischio ASA e alle comorbilità esistenti. Il persistere della ipofunzionalità intestinale oltre i 3 giorni viene considerato Ileo Paralitico o Ileo Post Chirurgico che sarà tanto più grave con l'aumentare dei giorni, di solito da 3 a 6 dopo l'intervento chirurgico, e anche in questo caso una mobilitazione precoce e un ripristino di un'alimentazione normale precoce associata a uso di lassativi, ove indicati, producono effetti benefici sulla peristalsi intestinale.



<b>COSTIPAZIONE</b>		
<b>CAUSE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>MONITORAGGIO</b>
Alimentazione povera di fibre	Dieta ricca di fibre	Controllo degli escreti fecali
Insufficiente apporto idrico	Introduzione di liquidi tra 1.500 - 2.000 ml pro/die (secondo prescrizione medica)	Bilancio idrico attraverso la misurazione dei liquidi: <b>-in entrata</b> sia parenterale sia per OS <b>-in uscita</b> attraverso le urine, le feci, la sudorazione, vomito, drenaggio
Immobilità forzata	Intervento precoce	Data dell'intervento chirurgico
Scarsa privacy	Uso di paraventi o similari	Verifica dell'uso
Uso di antidolorifici (paracetamolo, oppioidi o simil-oppioidi)	Somministrazione controllata di analgesici	Rilevazione gestione del dolore secondo protocollo

<b>ILEO PARALITICO</b>		
<b>CAUSE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>MONITORAGGIO</b>
Uso di antidolorifici (paracetamolo, oppioidi o simil-oppioidi)	Somministrazione controllata di analgesici	Rilevazione gestione del dolore secondo protocollo
Alterazione dell'equilibrio idro-elettrolitico	Ristabilire l'equilibrio elettrolitico secondo indicazioni mediche	Esami emato-chimici di controllo – Monitoraggio bilancio idrico
Mobilizzazione precoce	Secondo indicazioni del fisiatra /ortopedico	
<i><b>Il ripristino a 24 ore della normale alimentazione nel post operatorio (salvo diverse indicazioni) consente una ripresa della funzionalità intestinale precoce se associata anche ad una mobilizzazione rapida</b></i>		



## **ALLEGATO N. 9**

### **GESTIONE DELL'INCONTINENZA E GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE**

L'incontinenza urinaria è una involontaria perdita delle [urine](#), causata da alterazioni anatomiche o da patologie funzionali, che determina un peggioramento della qualità della vita.

Il trattamento nelle forme meno gravi può consistere nell'esecuzione di esercizi riabilitativi del pavimento pelvico, nel caso in cui si tratta di morbilità conclamata si deve fare ricorso ai presidi assorbenti monouso (pannoloni, traverse) che devono essere cambiati frequentemente al giorno o tutte le volte che il paziente si bagna per evitare macerazioni della cute foriere di ulcerazioni e/o di piaghe, o fare ricorso ad ausili meccanici (condom urinari, cateteri vescicali).

Il Cateterismo Vescicale nei soggetti anziani fratturati deve essere effettuato solo su prescrizione medica perchè presenta un elevato rischio di complicazioni e la pratica del cateterismo perioperatorio è sconsigliabile tranne in caso di ostruzione delle vie urinarie e ritenzione urinaria, di disfunzione neurologica permanente della vescica, di trattamento delle neoplasie vescicali, di incontinenza urinaria e in tutte quelle situazioni di morbilità o comorbilità in cui il medico ravvisa un beneficio con il monitoraggio della diuresi per il soggetto fratturato. I soggetti cateterizzati devono essere ben idratati, per assicurare una buona diuresi con un apporto di liquidi tale da garantire una diuresi di **1.000 - 1.500** ml di urine/die, tranne casi specifici. Nella fase di rimozione del catetere vescicale non bisogna mai effettuare la cosiddetta ginnastica vescicale perchè evidenze scientifiche hanno dimostrato l'inutilità e in alcuni casi anche un effetto dannoso, utile invece una rieducazione vescicale attraverso una riabilitazione motoria del pavimento pelvico.



## ALLEGATO N.10

### VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E DELLA SUPPLEMENTAZIONE CALORICO-PROTEICA

La malnutrizione è una condizione comune, potenzialmente grave, frequentemente sotto-diagnosticata e sotto-trattata nei soggetti anziani.

I pazienti con scarso stato nutrizionale hanno un elevato rischio di incorrere in complicanze o mortalità dopo frattura di femore. La valutazione nutrizionale è parte essenziale della valutazione multidimensionale geriatrica, ed insieme alla correzione delle eventuali carenze, dovrebbe divenire una pratica routinaria nella gestione dei ricoveri dei pazienti fratturati di femore.

I pazienti anziani ricoverati per frattura di femore hanno una elevata incidenza di malnutrizione o del rischio di andarvi incontro. Il più alto rischio si riscontra nei soggetti con un deficit cognitivo e/o funzionale. La valutazione va utilizzata al fine di attuare un piano terapeutico nutrizionale appropriato secondo le seguenti specifiche:

#### **Rischio grave (vedi scheda 1.1 o scheda 1.2 protocollo PC 001 PIN 00):**

- Gli strumenti a disposizione per la terapia nutrizionale sono il Menu ospedaliero comprensivo delle diete speciali, integrazione nutrizionale con prodotti dietetici specifici (c.d. integratori) e la Nutrizione Artificiale (N.A.).
- Dopo l'identificazione del rischio grave da parte del personale infermieristico e la valutazione dello stato nutrizionale, il medico:

1. rileva i seguenti indici biomorali: transferrinemia, proteine totali, albuminemia e linfociti totali utili per la classificazione dello stato di malnutrizione (Tabella 1)

**Tabella 1**

Parametro	Lieve	Moderata	Grave
Albumina (g/dl)	3- 3.5	2.5- 2.9	< 2.5
Transferrina (mg/dl)	150- 200	100-149	< 100
Linfociti (mm <sup>3</sup> )	1200- 1500	800-1199	< 800

2. valuta il bilancio idrico il cui dato deve essere riportato in una modulistica dedicata

3. valuta la possibilità di prescrivere la dieta iperproteica (disponibile tra le diete prenotabili mediante il tablet) in base alle esigenze clinico-dietetiche e alle preferenze alimentari

4. monitora il piano terapeutico-nutrizionale settimanalmente o quando necessario. In tutti i casi in cui l'apparato gastro-enterico sia integro, si deve dare la preferenza alla Nutrizione Enterale con l'impiego di miscele sterili e rispondenti ai fabbisogni, anche specifici, del paziente; qualora invece l'intestino non sia utilizzabile, il medico potrà instaurare la Nutrizione Parenterale, per via periferica o centrale. Nessuno di questi metodi è esclusivo e potrebbero essere necessarie combinazioni di alcuni di essi o di tutti.

#### **Rischio medio con alimentazione/quantità di miscela nutrizionale scarsa:**

In caso di alimentazione scarsa il medico:

1. valuta la possibilità di prescrivere la dieta iperproteica (disponibile tra le diete prenotabili

Data 22/03/2017	Rev.0	Pagina 46 di 62
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



mediante il tablet)

2. prescrive il supplemento nutrizionale orale (liquido o cremoso in base alla presenza/assenza e grado di disfagia). Solitamente può essere utile un apporto giornaliero aggiuntivo di 250-600kcal/die pari a n.2 brik di supplemento nutrizionale ipercalorico (es. Ensure plus). La compliance del paziente nell'assunzione dei supplementi nutrizionali può essere migliorata:

- variando la consistenza e i gusti offerti

- raccomandando di assumere il supplemento in maniera frazionata, a piccoli sorsi e nell'arco della giornata (preferibilmente lontano dai pasti).

Dopo l'apertura il brik o vasetto dovrà essere consumato entro 24 ore.

L'uso di supplementi ricchi di energia e proteine deve essere preso in considerazione per i pazienti che non sono in grado di consumare il volume richiesto di un supplemento standard.

In caso di quantità di miscela nutrizionale scarsa il medico:

dopo aver valutato le cause della somministrazione parziale (es. concomitante somministrazione di terapia farmacologica, emotrasfusione, indisponibilità della via di accesso venoso, altro) apporta le modifiche appropriate (es. incremento della velocità di somministrazione della miscela/sacca nutrizionale, sospensione di terapia farmacologica per via endovenosa ove possibile, passaggio ad un sacca/miscela nutrizionale con apporti nutrizionali maggiori, etc).

Applica le procedure previste per il rischio grave (rilevazione indici bioumorali e bilancio idrico).

Tuttavia, nessuno di questi metodi è esclusivo e potrebbero essere necessarie combinazioni di alcuni di essi o di tutti.

### **Monitoraggio**

Tutti i soggetti identificati come a rischio di malnutrizione devono essere monitorati regolarmente per garantire che il loro programma terapeutico continui a soddisfare i loro fabbisogni.



## **ALLEGATO N.11**

### **MONITORAGGIO DELL'EMOGLOBINA E DELL'OSSIGENO - GESTIONE DELL'IPOVOLEMIA- TERAPIA E SUPPORTO TRASFUSIONALE**

La perdita di sangue durante intervento nel fratturato d'anca è inevitabile. L'entità di tale perdita dipende innanzitutto dal tipo di intervento chirurgico, ma anche dalla sua durata e dalla diatesi emorragica del paziente, dall'uso di farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, e, non ultima, dal tipo di frattura.

Nel caso di fratture intracapsulari composte (fratture pertrocanteriche e/o sottotrocanteriche) e quindi di intervento di sintesi con chiodo endomidollare o similari, la perdita di sangue non sarà cospicua e pertanto la richiesta di sangue da indirizzare al Centro Trasfusionale sarà, di norma, di una sola sacca di sangue emogruppo compatibile.

Nel caso di fratture scomposte di collo femore in cui è indicato un intervento di endoprotesi o in caso di indicazione alla protesi totale d'anca in cui la perdita di sangue può essere cospicua è necessaria una richiesta di sangue di due unità emogruppo compatibile.

Altra cosa rispetto alle richieste di sangue è la terapia trasfusionale che deve essere messa in atto secondo criteri di correttezza legati da una parte alla esiguità della risorsa sangue e dall'altra alle condizioni del paziente.

All'atto della valutazione anestesiológica, la scelta di trasfondere il paziente va fatta in relazione al tasso di emoglobina (Hb) circolante, alle condizioni cliniche ed alle comorbilità presenti. In generale la scelta trasfusionale è raccomandata, in questa tipologia di pazienti, con tasso di Hb circolante al di sotto di 8 g/dl; mentre per i pazienti con alterazioni della funzione cardiocircolatoria, respiratoria o altre patologie che comportano diminuzione dell'ossigenazione tissutale, la soglia può essere innalzata a 9-10 g/dl. Non è indicata la trasfusione per Hb superiore a 10g./dl.

La corretta gestione intraoperatoria comprende la valutazione ed il monitoraggio del sangue perso, dell'Hb o Ht (ematocrito), dei segni di inadeguata perfusione ed ossigenazione degli organi vitali, della conta piastrinica e determinazione di PT, aPTT, fibrinogeno, AT, D-dimero.

Nel periodo intraoperatorio e postoperatorio, per la gestione appropriata della terapia trasfusionale, si raccomanda il controllo volemico ed il ripristino della volemia con cristalloidi o colloidi, senza fare ricorso alla trasfusione dei pazienti, senza preesistente anemia, per perdite di volume ematico inferiori al 15%.

Quando la perdita è compresa tra il 15 ed il 30%, in paziente stabile, si raccomanda di procedere alla trasfusione in presenza delle comorbilità suddette (alterazioni della funzione cardiocircolatoria, respiratoria o altre patologie che comportano diminuzione dell'ossigenazione tissutale). Si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale con EC per perdite ematiche del 30-40%. La trasfusione di EC si pone come provvedimento salvavita per perdite superiori al 40%.

Per il trattamento delle emorragie dovute a carenza quantitativa delle piastrine, con sanguinamento in atto, si suggerisce la trasfusione di concentrati piastrinici se la conta è < 50.000/microlitro. Nel paziente chirurgico con sanguinamento in atto si suggerisce di non ricorrere alla trasfusione di concentrati piastrinici se la conta è > 100.000/microlitro. Inoltre la decisione di trasfondere concentrati piastrinici non deve basarsi solo sulla conta piastrinica ma deve tenere conto delle condizioni cliniche del paziente (febbre, disordini plasmatici della coagulazione, emorragie recenti in altri distretti, deficit neurologici, conta piastrinica rapidamente decrescente, ecc.)

La trasfusione di plasma fresco congelato è indicata per la correzione di deficit fattoriali congeniti



della coagulazione per i quali non esiste concentrato specifico o di deficit acquisiti in pazienti con epatopatia, CID, sanguinamento micro vascolare. Si raccomanda la terapia con Plasma Fresco Congelato (PFC ) in presenza di epatopatie acute e croniche che si accompagnano a sanguinamento in atto. Si suggerisce la terapia con PFC per la prevenzione del sanguinamento intraoperatorio in pazienti con epatopatie acute e croniche o CID senza sanguinamento in atto, quando PT o aPTT espressi come ratio siano  $>1,5$ .

Le indicazioni sopra riportate, specie quelle sulle "indicazioni alla trasfusione di emocomponenti", sono tratte dal " manuale sul buon uso del sangue ed emoderivati " adottato dalla nostra Aziendale. Inoltre, in aderenza alle indicazioni del decreto assessoriale 19\11\2015 ed in particolare per dare corso alle attività previste dall'indicatore 7.1( Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso anche sulla terapia e supporto trasfusionale ) , valutata, la tipologia dei nostri pazienti , lo stato clinico della quasi totalità dei nostri pazienti ed i protocolli sino ad ora utilizzati , con esito sempre favorevole, si può dare conferma alle indicazioni sopra riportate che d'altronde sono in accordo con quelle riportate dalle raccomandazioni S.I.M.T.I. .

D'altronde anche gli standard disposti dal documento assessoriale, in relazione alla scelta di trasfondere soggetti con emoglobina circolante tra 6 gr./ dl e 10 gr./ dl., rimandano, di fatto, alla valutazione clinica dei pazienti e pertanto la nostra scelta aziendale di stabilire il limite a 8 gr./dl è aderente al sopra citato decreto.



## ALLEGATO N. 12

“Standard regionali per la gestione del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore”  
(secondo D.A. n.2025/ 2015 GURS n.53 del 18/12/15).

Scheda per la rilevazione degli indicatori sul singolo paziente da inserire in cartella clinica

Dati Paziente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ c.c. n. \_\_\_\_\_

<b>N. Indicatore e denominazione</b>	<b>Valore raggiunto</b>	<b>Timbro e Firma medico/infermiere/ fisioterapista</b>
<b>1. Tempo di permanenza al P.S. (entrata – uscita)</b>	Ore: _____	
<b>5.2 Paz. Con carico precoce entro 48 h</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>5.3 Paz. Verticalizzato entro 48 h</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>7. implementazione dei protocolli</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Prevenzione tromboembolismo venoso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Prevenzione delle ulcere da pressione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Profilassi antibiotica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Assessment geriatrico/internistico globale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Criteri di stabilità clinica e procedure preoperatorie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Prevenzione del delirium	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gestione del dolore	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gestione della ipovolemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Valutazione dello stato nutrizionale e della supplementazione calorico – proteica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
La terapia e il supporto trasfusionale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



## **ALLEGATO N. 13**

### **VALUTAZIONE E PERCORSO RIABILITATIVO**

**1.a ) All'ingresso in U.O.C. di Ortopedia** del paziente fratturato di femore, si provvederà a compilare la **cartella clinica riabilitativa** che deve contenere:

- **Il progetto riabilitativo individuale (P.R.I)** elaborato dal Team della riabilitazione, coordinato dal Fisiatra, che definisce il Programma riabilitativo nel quale si indicheranno le aree di intervento, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i tempi di realizzazione, la verifica degli interventi e le conclusioni.

Il P.R.I. deve tener conto dell'individuazione e valutazione dello spettro delle menomazioni e disabilità presenti nel paziente prima dell'evento fratturativo, relative all'aspetto cognitivo, motorio, respiratorio, cardiologico, della deglutizione, delle necessità di ausili per l'autonomia, di controllo degli aspetti nutrizionali, di supporto psicologico, ecc.

-Il Diario delle attività riabilitative svolte giornalmente, con misurazione dei miglioramenti (es. R.O.M., forza muscolare), segnalazione delle eventuali problematiche incontrate e/o il raggiungimento degli obiettivi funzionali programmati, e valutazione finale da compilare al momento della dimissione, con le firme dei componenti del team che hanno effettuato le prestazioni riabilitative.

**1.b) In FASE PRE-OPERATORIA** si inizierà, quando possibile, ad addestrare il paziente alla mobilizzazione attiva dell'arto sano, al fine di mantenerne i range di movimento articolare ed il tono muscolare, e ad istruirlo sul programma successivo che si apprenderà ad eseguire dopo l'intervento ortopedico.

#### **1.c) In FASE POST OPERATORIA :**

Gli obiettivi generali del trattamento riabilitativo sono:

- la mobilizzazione precoce per prevenire le complicanze dell'allettamento, trombosi periferiche, infezioni respiratorie e urinarie, lesioni da decubito;
- il decondizionamento muscolare per prevenire l'aggravamento della ipotrofia e la perdita dello schema motorio del cammino;
- il contenimento della sintomatologia dolorosa;
- il contenimento della disabilità, cercando di ripristinare la precedente autonomia, vincendo la frequente paura del paziente di ricadere;
- la riduzione del rischio di ri-cadute attraverso l'inizio precoce di ginnastica propriocettiva che consenta di ricostruire una sensibilità profonda con l'aiuto delle strutture recettoriali rimaste indenni e con l'utilizzo di altri sistemi come la vista;
- il reinserimento il più precoce possibile del paziente nel suo ambiente di vita.

Previa rivalutazione generale del paziente da parte del team ( Fisiatra, Ortopedico, Internista/Geriatra, Fisioterapista , Infermiere), alla luce della situazione clinica nel post-operatorio, compito del Fisiatra è stilare il programma riabilitativo effettivo, che sarà differenziato sulla base delle condizioni di stabilità o instabilità .

A) Le condizioni di stabilità sono caratterizzate da:

- Tipo di frattura: es: monodistrettuale, non frammentaria.



- Tipo di intervento: osteosintesi stabili, endo o artroprotesi d'anca (che consentono un carico immediato).

- Partecipazione: paziente collaborante.

- Ridotte o assenti co-morbilità: es. moderata osteoporosi

- Buon controllo del dolore, delle funzioni cardio-respiratorie e dei valori pressori.

In questi casi il programma riabilitativo post-operatorio precoce comprende:

- Posture corrette a letto, rotazione periodica delle posture, recupero delle autonomie ai cambiamenti posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta, della posizione eretta e dei trasferimenti in carrozzina (entro le 48 ore dall'intervento)

- Esercizio delle articolazioni arti inferiori, ripresa/ mantenimento del tono-trofismo della muscolatura, ginnastica propriocettiva, Training al passo ed esercizio incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili (dal 2° al 7° g.).

- Da associare, ove possibile, training alle autonomie nelle ADL primarie (in particolare lavarsi, vestirsi, accedere al bagno), counseling dell'assistito e del caregiver

N.B. I criteri per l'identificazione dell'ausilio necessario (deambulatore, bastoni antibrachiali e altro) nelle diverse fasi del recupero funzionale, saranno relative al carico concesso ed a garanzia e sicurezza del paziente, in base alle sue capacità funzionali ed al livello cognitivo.

B) Le condizioni di instabilità sono caratterizzate da:

- Tipo di frattura: Frattura instabile per pluriframmentarietà o presenza di fratture pluridistrettuali;

- Tipo di intervento: osteosintesi instabile

- Presenza di complicanze internistiche: respiratorie, cardiologiche, gastro-intestinali, o osteoporosi severa.

- Danno delle funzioni corticali superiori con mancata partecipazione del paziente al processo rieducativo.

In questi casi il programma riabilitativo post-operatorio comprende:

● Posture corrette a letto, in prevenzione dei danni secondari da allettamento, esercizi respiratori.

● Recupero/mantenimento delle articolazioni arti inferiori, ripresa tono/trofismo della muscolatura, recupero delle autonomie ai cambiamenti posturali, posizione seduta (dal 2° al 30° g.).

● Training al passo ed esercizio incrementale del cammino con ausili e progressivo aumento della distanza percorsa per concessione di carico più tardivo (dopo 30 gg e/o previo controllo rx).



**VALUTAZIONE FISIATRICA  
PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

**COGNOME E NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**Data di ingresso:** \_\_\_\_\_

**Medico di riferimento:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

**Provenienza**

- Degenza per acuti
- Stroke Unit
- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione estensiva
- Domicilio
- Altro \_\_\_\_\_

**Destinazione alla dimissione**

- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione estensiva
- Domicilio
- Altro \_\_\_\_\_

Valutazione fisiatrica

E.O
Capo:
<b>Arti superiori:</b>
Forza muscolare:
Articolarità:
<b>Tronco:</b>
<b>Arti inferiori:</b>
Tono:
Forza muscolare:
Articolarità:
<b>Passaggi posturali</b>
<b>Stazione eretta:</b>
<b>Deambulazione:</b>
<b>Sensibilità superficiale e profonde:</b>



**OBIETTIVI A BREVE TERMINE:**  
(tempistica)

--

**OBIETTIVO A MEDIO TERMINE**  
(tempistica)

--

**OBIETTIVO A LUNGO TERMINE**  
(tempistica)

--

### Progetto Riabilitativo Individuale

AREA VALUTAZIONE	INGRESSO
Valutazione dei fattori di rischio e comorbidità	
Somministrazione scale di danno/disabilità/funzione	
Valutazione funzionale globale	
Valutazione muscolare	
Valutazione dei disturbi fonatori	
Valutazione della deglutizione	
Valutazione della spasticità	
Valutazione dei disturbi sfinterici	
Valutazione cognitiva	
Valutazione psicologica	
Valutazione supporto dei caregivers	
AREA TERAPEUTICA	
Puntualizzazione terapeutica e stabilizzazione clinica	
Miglioramento capacità e performances motorie globali	
Acquisizione dell'autonomia nei passaggi posturali	
Miglioramento dell'autonomia nei passaggi posturali	
Recupero controllo del tronco	
Rieducazione al mantenimento della posizione seduta	
Apprendimento nell'utilizzo di ausili	
Recupero della stazione eretta con ausilio	
Recupero della stazione eretta autonoma	
Recupero dello schema del passo	
Recupero della deambulazione con ausilio	
Recupero della deambulazione autonoma	
Recupero funzione arto superiore	



Miglioramento dell'equilibrio	
Miglioramento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana	
Miglioramento della fonazione/deglutizione	
Miglioramento delle prestazioni cognitive	
Definizione del training fisico domiciliare	
Educazione sanitaria	
Reinserimento al domicilio	
Altro:	
<b>AREA INFERMIERISTICA</b>	
Postura al letto	
Deambulazione con...	
Mobilizzazione in carrozzina	
Assistenza alimentare	
Altro:	

**COMPONENTI TEAM RIABILITATIVO**

**Ortopedico**

**Fisiatra**

**Geriatra**

**Infermiere di Reparto**

**Terapista della Riabilitazione**

**Caregiver** \_\_\_\_\_

**Altri specialisti coinvolti** \_\_\_\_\_

**Programma Riabilitativo Individuale**

<b>Data</b>	<b>Ingresso</b>								
Cinesiterapia passiva									
Cinesiterapia attiva assistita									
Esercizi attivi									
Esercizi propriocettivi									
Esercizi di coordinazione ed equilibrio									
Rieducazione al controllo del tronco									
Rieducazione al mantenimento della posizione seduta									
Rieducazione alla stazione eretta									
Training del passo									
Training della deambulazione									



Prevenzione danni secondari da allettamento									
Ginnastiche dolci									
Ginnastica posturale									
Massoterapia									
Linfodrenaggio manuale									
Trattamento della spasticità									
Sedute di cyclette/treadmill/Body Weight Support									
Pedana stabilometrica									
Magnetoterapia									
TENS									
Elettrostimolazione									
Ultrasuoni terapia									
Laser terapia									
Educazione all'utilizzo di utensili									
Educazione all'utilizzo di ausili									
Educazione al training fisico domiciliare									
Comunicazione/educazione dei caregivers									
Colloqui psicologici individuali									
Colloqui psicologici per la famiglia/caregivers									
Training logopedico									
Training cognitivo									
Training della deglutizione									
Rieducazione funzione respiratoria									
Esercizi respiratori/fonatori									
Rieducazione funzione urologia									
Educazione all'utilizzo di catetere vescicale									
Educazione all'utilizzo di raccoglitori esterni									
Rieducazione alla cura di sé									
Educazione all'utilizzo di dieta adattata									
Educazione all'utilizzo di alimentazione parenterale									
Terapie fisiche: _____									
Attività motoria a carattere generale di gruppo									
Comunicazione/educazione individuale									

**COGNOME E NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**Data di ingresso:** \_\_\_\_\_



**Fisioterapista di riferimento:** \_\_\_\_\_

**DIARIO DELLE PRESTAZIONI**

Data: _____ _____
Data: _____ _____
Data: _____ _____

**COGNOME E NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**Data di ingresso:** \_\_\_\_\_

**Medico di riferimento:** \_\_\_\_\_

**RIVALUTAZIONI PERIODICHE DEL QUADRO CLINICO E FUNZIONALE**

Data: _____ _____
Data: _____ _____
Data: _____ _____

**COGNOME E NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**Data di ingresso:** \_\_\_\_\_

**Medico di riferimento:** \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE FINALE**

Data: _____ _____ _____ _____
--



--

## **ALLEGATO N.14**

### **SCHEMA DI INTERVISTA SULLA QUALITÀ PERCEPITA DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA IN OSPEDALE**

Gentile Signora/e,

le chiediamo di esprimere solamente un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di ricovero in ospedale.

I dati da Lei forniti verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza come riportato nella liberatoria da Lei firmata al momento della dimissione. Le informazioni da Lei fornite durante l'intervista saranno utilizzate esclusivamente per fornire all'ospedale il suo punto di vista sulla prestazione ricevuta con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Le domande che le faremo saranno circa 20, pertanto l'intervista durerà circa 7 minuti. Per ogni domanda sarà possibile fornire una sola risposta e non ci saranno risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa fornendo la risposta che più si avvicina alla Sua esperienza. Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande. Se c'è qualcosa di poco chiaro mi interrompa tranquillamente.

La ringrazio per la collaborazione; inizio a sottoporle le domande.

Inizieremo con delle domande che riguardano l'assistenza da Lei ricevuta da parte degli Infermieri.

#### **ASSISTENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI**

D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli Infermieri l'hanno trattato con cortesia  
(*Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale, ecc.*)

mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D1.2 Gli Infermieri l'hanno ascoltata attentamente?  
(*hanno mostrato attenzione a quello che lei diceva, interpretando correttamente le sue richieste*)

mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D1.3 Pensa che gli Infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?  
(*durante lo svolgimento delle loro mansioni le spiegavano ciò che stavano facendo? Il motivo dei loro interventi, ecc..*)

mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?  
(*L'infermiere impiegava molto tempo a rispondere alla sua richiesta di intervento fatta tramite il pulsante?*)



mai  qualche volta  di solito  sempre  non ho mai premuto il pulsante  non rispondo

D1.5 ritiene che il personale infermieristico sia sufficiente?

si  no  non rispondo

Adesso passerò a porle le stesse domande, ma questa volta saranno volte a valutare l'assistenza da Lei ricevuta da parte dei medici.

### **ASSISTENZA DA PARTE DEI MEDICI**

D2.1 Durante il suo ricovero in ospedale, i medici l'hanno trattato con cortesia  
(*Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale, ecc.*)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

D2.2 Pensa che i medici l'abbiano ascoltata attentamente?  
(*i medici si hanno mostravano attenti verso quello che lei riferiva, hanno interpretato correttamente le sue richieste*)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

D.2.3 Pensa che i medici le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?  
(*durante le visite i medici le spiegavano ciò che stavano facendo? Il motivo dei loro interventi? Cosa stavano valutando?*)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo

D2.4 Ritiene che il personale medico sia sufficiente?

si  no  non rispondo

Abbiamo concluso anche la seconda parte, adesso passiamo ad alcune domande che serviranno a valutare l'ambiente inteso come la stanza di degenza, la pulizia dei bagni ecc. e la sua personale esperienza all'interno della struttura ospedaliera.

### **AMBIENTE OSPEDALIERO**

D3.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli ambienti sono stati puliti?  
(*il servizio di pulizia, il bagno e la camera venivano puliti frequentemente?*)

mai  qualche volta  di solito  sempre  non rispondo



D3.2 la zona intorno alla sua camera è stata silenziosa durante la notte?  
(riusciva a riposare tranquillamente o era disturbato da rumori di diversa provenienza?)

- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

### **LA SUA ESPERIENZA IN OSPEDALE**

D4.1 Ha avuto bisogno di aiuto da parte degli infermieri o altro personale sanitario per andare in bagno o usare una padella da letto?  
(riusciva ad andare al bagno da solo o ha avuto bisogno di chiedere aiuto a qualcuno del personale ospedaliero?)

- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

Se risponde "mai" o "non rispondo" vai alla domanda D4.3

D4.2 Quante volte ha ricevuto velocemente aiuto per andare in bagno o per utilizzare una padella da letto?  
(quando chiamava aiuto per recarsi al bagno o per utilizzare la padella l'aiuto era tempestivo, il personale arrivava tempestivamente in aiuto?)

- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D4.3 Durante la sua permanenza in ospedale ha avuto bisogno di medicine per il dolore?

- SI       NO       non rispondo

Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D4.5

D4.4 Durante il suo ricovero in ospedale quante volte le cure prestate le hanno fatto passare il dolore?

- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D4.5 Le sono stati somministrati farmaci che non aveva assunto prima?

- SI       NO       non rispondo

Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D5.1

D4.6 Prima di darle qualsiasi nuovo farmaco, il personale dell'ospedale le ha comunicato a cosa serviva?



- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

D4.7 Prima di somministrarle qualsiasi farmaco, il personale ospedaliero le ha spiegato in modo comprensibile i possibili effetti indesiderati?

- mai       qualche volta       di solito       sempre       non rispondo

### **ALLA DIMISSIONE**

D5.1 Dopo aver lasciato l'ospedale si è diretto presso:

(dove si è ricoverato dopo essere stato dimesso? È rientrato a casa o è stato ricoverato in qualche altra struttura?)

- casa sua o casa di parente/amico       un'altra struttura sanitaria       non rispondo

D5.2 Durante il ricovero in ospedale medici, infermieri o altro personale ospedaliero hanno discusso con lei sull'aiuto di cui potrebbe avere di bisogno dopo la dimissione?

(prima di essere stato dimesso ha ricevuto informazioni su come proseguire le cure e le strutture alle quali rivolgersi?)

- SI       No       in parte       non rispondo

D5.3 Ha avuto informazioni scritte sui sintomi e i problemi di salute cui fare attenzione dopo aver lasciato l'ospedale?

(prima delle dimissioni le hanno dato informazioni sui sintomi che potrebbero rappresentare un pericolo per le sue condizioni di salute?)

- SI       No       in parte       non rispondo

### **VALUTAZIONE COMPLESSIVA OSPEDALE**

D6.1 Scegliendo un numero DA 0 A 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, quale è il suo giudizio?

(esprima un giudizio complessivo sulla struttura ospedaliera, utilizzando i voti da 0 a 10)

- 0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

D6.2 Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari?

- assolutamente no     probabilmente no     probabilmente si     assolutamente si     non rispondo



**ALLEGATO N.15**

**ELENCO RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**

**Elenco Presidi Ospedalieri con codice 56 ( Riabilitazione Intensiva):**

P.O. "Madonna dell'Alto" Petralia Sottana 6+ P.L.

**Elenco Presidi Ospedalieri con codice 60 ( Lungodegenza):**

P.O. Dei Bianchi Corleone 4 P.L.;

P.O. "S. Cimino" Termini Imerese 8 P.L.;

P.O. "G.F. Ingrassia" 8 P.L.

***Elenco RSA:***

RSA	Totale p.l. Attivati 448		Funzionanti 433	
	Non Autosufficienti	Alzheimer	Non Autosufficienti	Alzheimer
RSA Geriatrica 1 + RSA Geriatrica 2 (Aziendali)	16	0	16	0
RSA 2 Riabilitativa Adulti + RSA 1 Riabilitativa Adulti (Aziendali)	24	0	24	0
RSA di Palazzo Adriano (Aziendale)	20	0	20	0
RSA di Petralia Sottana (Aziendale)	20	0	20	0
RSA E. Albanese Palermo (Aziendale) da rifunionalizzare	20	0	5 (discinetici)	0
RSA di Piana degli Albanesi (Aziendale)	20	40	20	40
RSA Istituto Geriatrico Siciliano Palermo (Convenzionata)	40	54	40	54
RSA "Villa delle Palme" - Villafrati (Convenzionata)	20	40	20	40
RSA Buon Pastore ONLUS Palermo (Convenzionata)	40	0	40	0
RSA Karol S.r.l. Villabate (Pa) (Convenzionata)	0	40	0	40
RSA Euromanager Sanità Palermo (Convenzionata)	34	20	34	20
<b>TOTALE</b>	<b>254</b>	<b>194</b>	<b>239</b>	<b>194</b>
	Attivati		Funzionanti	
	Non Autosufficienti	Alzheimer	Non Autosufficienti	Alzheimer
RSA Aziendali	120	40	105	40
RSA Convenzionate	134	154	134	154
<b>TOTALE ALZHEIMER</b>		<b>194</b>		<b>194</b>
% p.l. Alzheimer su Totale p.l.		43%		45%
RSA Geriatrica 1 + RSA Geriatrica 2 (Aziendali)	16	0	16	0
RSA 2 Riabilitativa Adulti + RSA 1 Riabilitativa Adulti (Aziendali)	24	0	24	0
RSA di Palazzo Adriano (Aziendale)	20	0	20	0
RSA di Petralia Sottana (Aziendale)	20	0	20	0