



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 34

DATA 27/05/2016

OGGETTO: "PDTA FRATTURA PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: IL PERCORSO PREOPERATORIO". APPROVAZIONE.

Il Responsabile dell'Istruttoria

Il Direttore del Servizio Programmazione della Rete
Ospedaliera Pubblica e Privata

Il Direttore Generale per la Salute

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 34

DATA 27/05/2016

OGGETTO: "PDTA FRATTURA PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: IL PERCORSO PREOPERATORIO". APPROVAZIONE

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario.

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*" e s.m.i.;

VISTA la **L. 23 dicembre 1996, n. 662** *che stabilisce all'art 1, comma 28 che "allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa" e che "i percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004,*

integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri”;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 4, comma 1, lettera g) che prevede espressamente la necessità di *“promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione”;*

VISTE le *“Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi”* di cui al Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa PNGLA 2010-2012;

CONSIDERATO che i percorsi diagnostico- terapeutici si qualificano quali strumenti atti a garantire efficacia, efficienza, appropriatezza e tempestività del percorso assistenziale nel *setting* più appropriato, anche nel rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;

CONSIDERATO che in coerenza con indicazioni del Tavolo di verifica del Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si individua il PDTA relativo alla frattura prossimale del femore nell'anziano quale peculiare strumento per la presa in carico e la gestione integrata tra ospedale e territorio dei soggetti affetti, nonché quale procedura operativa in grado di migliorare la performance organizzativa dell'attività del P.S. ;

CONSIDERATO che la tempestività del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nell'anziano è stato inserito quale indicatore del Programma Nazionale Esiti e, in quanto tale, utilizzato per la valutazione della qualità delle strutture sanitarie;

CONSIDERATO che i dati epidemiologici suggeriscono che la tempestività nel trattamento della frattura del collo del femore, tramite intervento chirurgico risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità;

RILEVATO che sotto il profilo epidemiologico la rottura di femore ha un'elevata prevalenza tra la popolazione anziana e, dunque, risulta avere un peculiare impatto rispetto alla composizione demografica della popolazione della Regione Molise;

RICHIAMATA la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 266 del 20.11.2015 con la quale è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico specialistico, con il necessario coinvolgimento dell'ASREM, per la elaborazione di linee guida con specifico riferimento alle aree di attivazione dei Percorsi diagnostico e terapeutici integrati;

ATTESO che il citato gruppo di lavoro, ha proceduto alla elaborazione ed approvazione del documento recante *“PDTA frattura prossimale femore dell'anziano. Il percorso preoperatorio” (Allegato 1)*;

CONSIDERATO che il PDTA afferente il *“PDTA frattura prossimale femore dell'anziano. Il percorso preoperatorio”* è stato trasmesso alla Direzione Generale per la Salute con nota

prot. n. 54399 del 13.05.2016 a firma del Direttore del Servizio Programmazione della Rete Ospedaliera Pubblica e Privata;

PRESO ATTO che il Direttore Generale per la Salute ha validato il documento sopra citato, relativo al *"PDTA frattura prossimale femore dell'anziano. Il percorso preoperatorio*, giusta nota prot. n. 55770 del 18.05.2016;

TENUTO CONTO che è emersa la necessità di organizzare corsi di formazione a cura dell'ASREM per presentare le procedure agli operatori al fine di implementare efficacemente i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale, come da verbale del 4.04.2016;

RITENUTO necessario approvare il documento recante *"PDTA frattura prossimale femore dell'anziano. Il percorso preoperatorio"* **Allegato 1**, parte integrante del presente atto;

ATTESO che il PDTA di cui **all'Allegato 1**, dovrà essere oggetto di monitoraggio e di eventuale modifica secondo gli indicatori previsti nello stesso, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Esiti;

in virtù dei poteri conferiti con le deliberazione del consiglio dei Ministri di cui in premessa,

DECRETA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento recante *"PDTA frattura prossimale femore dell'anziano. Il percorso preoperatorio"* **Allegato 1**;
- di dare mandato al Direttore del Servizio Programmazione della Rete Sanitaria Pubblica e Privata per gli adempimenti consequenziali;
- di impartire direttiva alla Direzione Generale ASReM per l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento;

Il presente decreto, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura



PDTA

FRATTURA PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: IL PERCORSO PREOPERATORIO

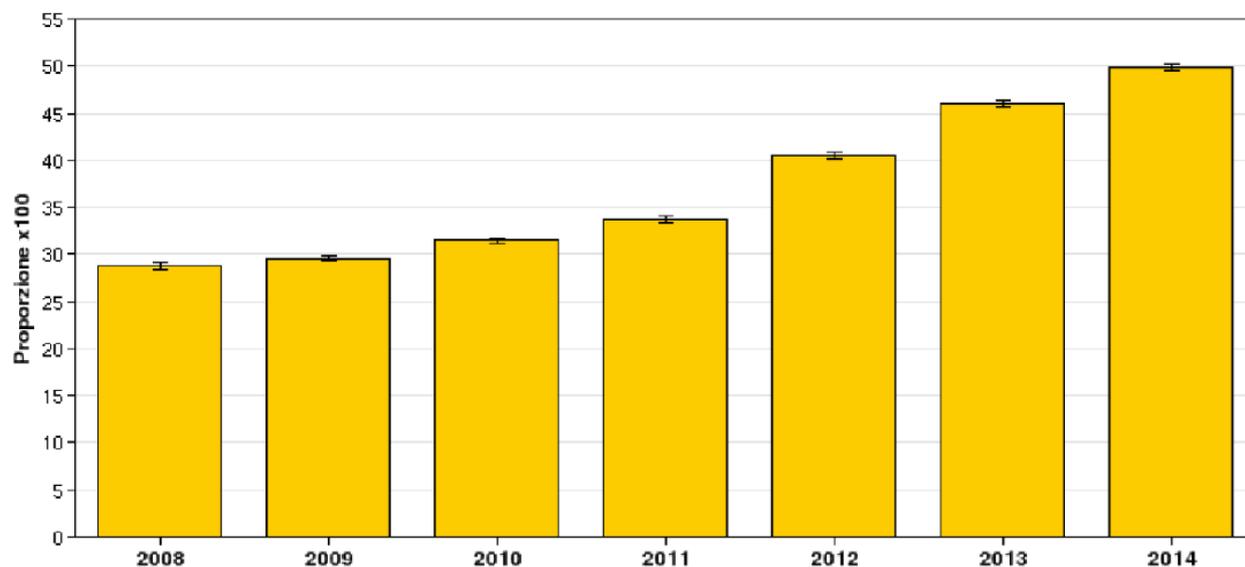
La tempestività nel trattamento della **frattura del collo del femore**, tramite intervento chirurgico, risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità. La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili, infatti, raccomanda l'intervento chirurgico entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore a seconda del Case Mix, posto che l'aumento del tempo di attesa preoperatoria è correlato con l'aumento dell'insorgenza di complicanze e soprattutto della mortalità a medio termine (180 giorni).

La difformità di prestazione tra i diversi Ospedali rispetto alla tempestività del trattamento ortopedico della frattura di prossimale di femore ha da tempo attirato l'attenzione del programmatore nazionale, che la ha opportunamente inserita all'interno degli indicatori del Programma Nazionale Esiti. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni.

I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) 2015, pubblicati da AGENAS, valutano la capacità delle strutture sanitarie di intervenire chirurgicamente entro 2 giorni per i pazienti di età superiore ai 65 anni.

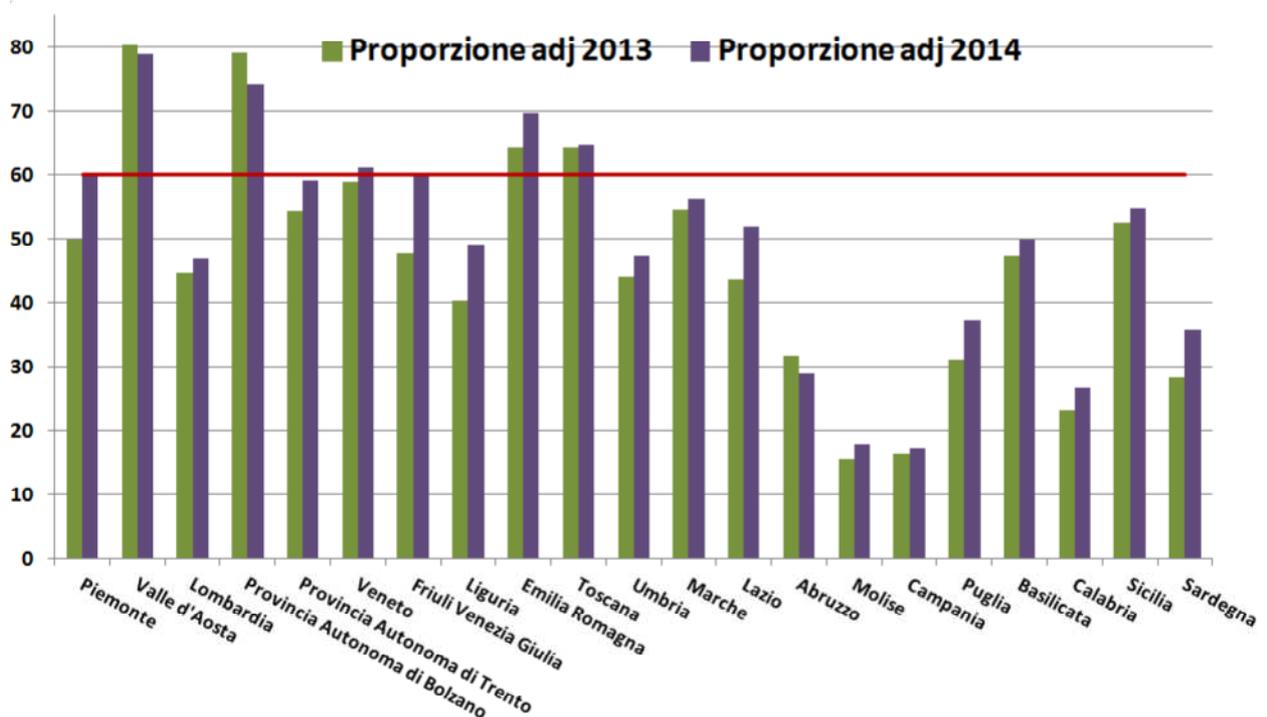
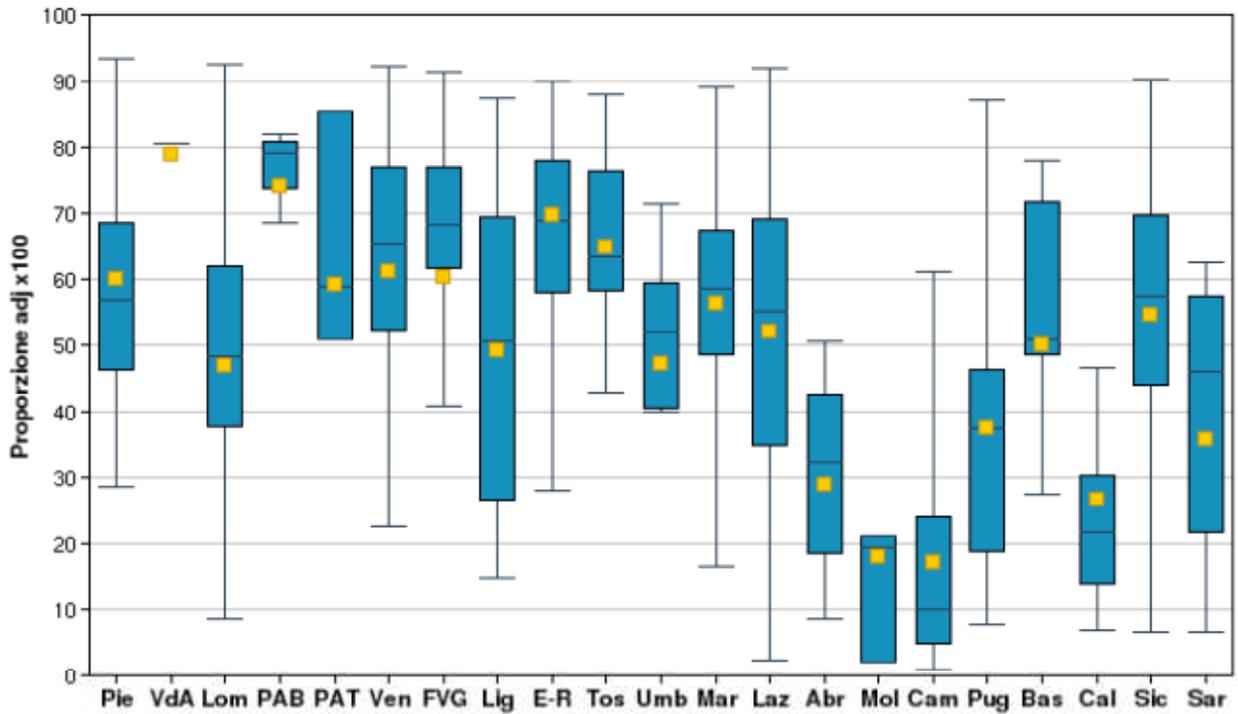
La proporzione di fratture di femore su pazienti sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 50% del 2014, restando ancora al di sotto dello standard internazionale atteso, superiore all'80%.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ITALIA



Se si assume come valore di riferimento la standard minimo del 60% fissato dal Regolamento del Ministero, si può vedere che in Molise nessuna struttura raggiunge lo standard minimo.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ITALIA



La frattura prossimale del femore è anche un test fondamentale per tutto il territorio, che – esattamente come l’ospedale – è chiamato a dare una risposta 7 giorni su 7 coordinando, attraverso la Centrale Operativa dei Servizi di Emergenza territoriali 118, il soccorso ed i trasferimenti verso i DEA.

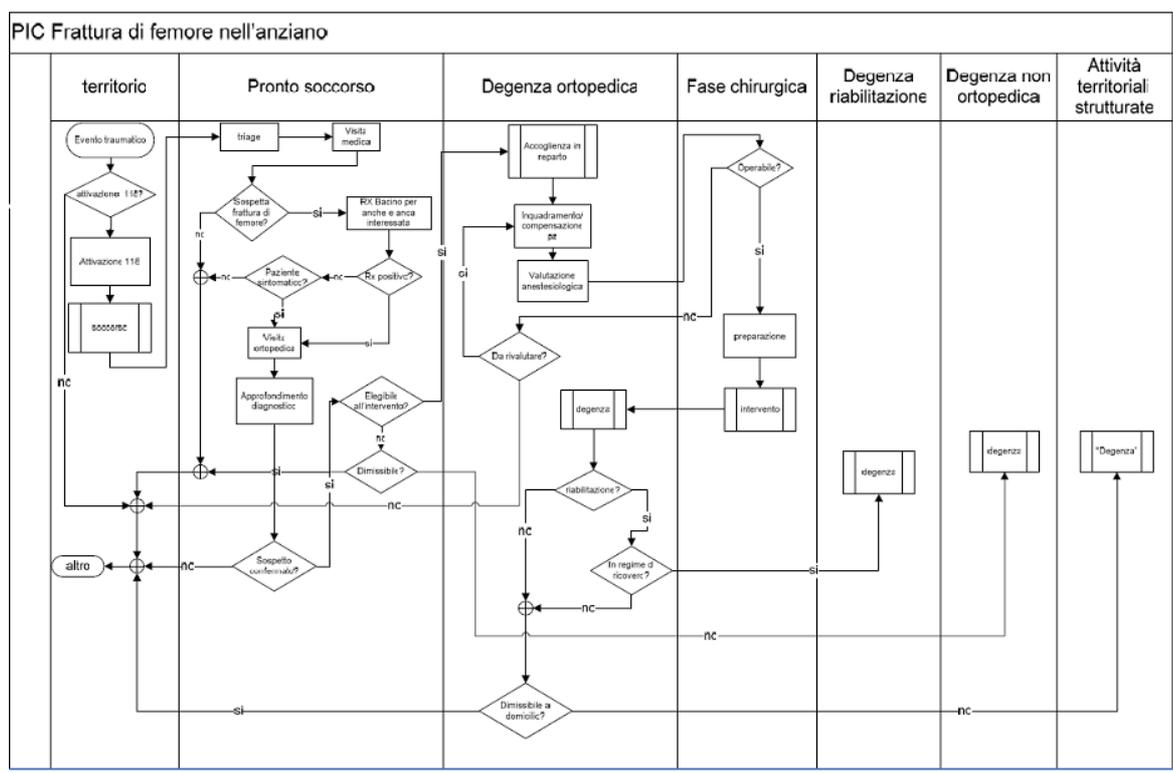
Le Linee Guida internazionali concordano che una più appropriata ed efficiente performance organizzativa può ridurre gli esiti negativi di salute.

In considerazione dell’incidenza in MOLISE del fenomeno, destinato ad aumentare in relazione all’invecchiamento della popolazione, si è ritenuto opportuno definire un **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE** di riferimento regionale col fine di aumentare il numero di pazienti sottoposto ad intervento chirurgico nelle prime 48 ore.

Il profilo di assistenza al paziente anziano con frattura prossimale di femore è stato considerato come percorso unico, distinto in tre fasi principali:

- 1) **FASE pre-ospedaliera**, che include il primo contatto con la centrale operativa 118 e le attività sul territorio dei mezzi di soccorso;
- 2) **FASE ospedaliera**, che racchiude l’assistenza iniziale al paziente dopo l’arrivo in pronto soccorso, la gestione peri-operatoria e il periodo pre-dimissione;
- 3) **FASE di riabilitazione post-acuzie**, con la valutazione funzionale e multidimensionale del paziente e lo sviluppo del percorso riabilitativo e del piano assistenziale individuale, attraverso il collegamento con i servizi territoriali, con particolare riferimento alla continuità assistenziale.

L’obiettivo del presente documento è quello di definire gli aspetti della gestione preospedaliera e nel dipartimento di emergenza nel paziente anziano con frattura prossimale di femore, in seguito all’analisi delle linee guida e della letteratura di riferimento.



In esso si fa riferimento ad un percorso strutturato le cui “*Parole chiave*” sono

- INTERVENTO URGENTE
- TIMING DA RISPETTARE

ed in cui si identifica con chiarezza

- CHI FA CHE COSA
- QUANDO

In linea con gli obiettivi di

- SICUREZZA PER IL PAZIENTE
- SICUREZZA PER GLI OPERATORI
- APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO

Il percorso consente di concentrare la **prima fase** nelle mani delle competenze professionali presenti h24

Infine, vengono proposti alcuni indicatori desumibili dai flussi informativi correnti ovvero da raccolta dati ad hoc, che potranno anche rappresentare un utile riferimento per la conduzione di audit clinici, a livello locale o regionale.

GESTIONE PREOSPEDALIERA

Gli obiettivi di questa fase sono:

- fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta frattura di femore
- indirizzare il paziente nella più idonea sede ospedaliera.

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

In occasione di un evento (caduta), l’attivazione di un mezzo di soccorso deve essere centralizzato verso il Servizio 118 che sarà tenuto costantemente informato sulla disponibilità di posti letto di ogni presidio ospedaliero idoneo al ricovero di pazienti anziani con sospetta FFP.

Il Servizio 118 invierà il mezzo di soccorso adeguato ovvero indirizzerà il mezzo già attivato presso la sede

ospedaliera che possa consentire il trattamento chirurgico nel minor tempo possibile.

La formazione del personale che opera sulle ambulanze dovrebbe prevedere il riconoscimento dei segni di una sospetta frattura del collo del femore, spesso indicata da:

- storia di caduta,
- presenza di dolore all’anca,
- accorciamento e rotazione esterna dell’arto inferiore.

Tutti i pazienti con frattura del collo del femore richiedono l’ospedalizzazione il prima possibile. Le informazioni clinicamente rilevanti devono essere tutte registrate al primo contatto. In particolare:

- notizie sul fatto traumatico ed esame obiettivo,

- condizioni mediche concomitanti e anamnesi remota,
- terapie in atto,
- abilità funzionali precedenti, con particolare riferimento alla mobilità,
- condizione mentale,
- resistente, situazione sociale ed eventuale presenza di un accompagnatore

Le notizie di precedenti cadute devono essere annotate e rese disponibili al DEA. In particolare, è importante che venga acquisita precocemente eventuale documentazione clinica relativa a patologie pregresse o in atto e relativa alle terapie assunte.

GESTIONE NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Gli obiettivi di questa fase sono:

- fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta frattura di femore, confermando la diagnosi e stabilizzandone le condizioni cliniche,
- verificare l'operabilità,
- Indirizzare il paziente nella idonea sede di degenza.

Queste azioni/decisioni sono basate su una valutazione del paziente e delle funzioni vitali e considerano lo stato generale del paziente, il suo stato mentale e le circostanze del trauma.

Al paziente anziano con sospetta FFP deve essere attribuito, di norma, il CODICE GIALLO

Valutazione

Nel dipartimento di emergenza tutti i fattori clinici, infermieristici e sociali rilevanti dovrebbero essere valutati con la stessa attenzione riservata al trauma ortopedico.

La valutazione, da effettuarsi quanto prima, dovrebbe includere registrazioni formali su:

- rischio di lesioni da pressione
- idratazione e nutrizione
- bilancio dei liquidi
- controllo del dolore
- temperatura corporea
- continenza
- problemi medici preesistenti e terapia in atto
- stato mentale
- mobilità precedente
- abilità funzionali precedenti
- situazione sociale ed eventuale presenza di un accompagnatore

Lo staff medico dovrebbe valutare i pazienti con sospetta FFP il prima possibile, preferibilmente **entro 1 ora** dall'arrivo in pronto soccorso.

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

Gestione immediata

Per i pazienti ad alto rischio di lesioni da pressione dovrebbero essere utilizzati materassi antidecubito ad aria.

Per tutti i pazienti è raccomandato:

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

Gli esami ematochimici e strumentali effettuati hanno la finalità non solo di consentire un inquadramento dello stato del paziente ma anche di acquisire elementi utili alla valutazione anestesiológica sull'operabilità del paziente stesso.

Si considera un set minimo di esami, composto da:

ECG refertato, Emocromo, PT, PTT, Creatinina, Na, K, prima determinazione Gruppo + Type & Screen (T&S), glicemia.

Gli esami radiologici da effettuare sono RX bacino per "Anche e Anca interessata" in considerazione del fatto che per la quasi totalità di pazienti si rende necessario un RX Torace questo deve essere eseguito contestualmente per evitare di sottoporre il paziente a un nuovo altro trasferimento.

Visita ortopedica

In caso di positività degli esami radiografici o di negatività degli stessi ma in presenza di una sintomatologia sospetta viene effettuata la visita ortopedica.

Qualora sia necessario un approfondimento diagnostico mirato può essere eseguita una TAC.

Il paziente sintomatico con negatività radiologica e TAC potrà essere rivalutato al di fuori dell'urgenza con una RMN o ripetendo gli accertamenti radiologici dopo 2-3 giorni.

La visita ortopedica si conclude con la valutazione di indicazione all'intervento.

Valutazione anestesiológica

Qualora vi sia l'indicazione all'intervento viene effettuata la valutazione anestesiológica. La valutazione anestesiológica del paziente anziano con frattura di femore deve tenere conto delle necessità di portare il paziente quanto prima in sala operatoria.

Verrà pertanto valutata la presenza di comorbidità e l'operabilità (da un punto di vista non organizzativo) nelle 48 ore.

La visita anestesiológica ha la finalità di valutare le condizioni cliniche del paziente prima dell'intervento, di filtrare eventuali consulenze da attivare e di programmare eventuali approfondimenti diagnostici, di ottimizzare le condizioni cliniche in vista dell'atto chirurgico e di valutare il rischio anestesiológico.

La Consulenza Cardiologica rappresenta spesso un spesso fattore di rischio organizzativo per "surgery delay" e pertanto va effettuata solo se ritenuta **imprescindibile** dall'Anestesista e se impatta su "decision making".

Analoghe considerazioni valgono per le valutazioni strumentali di 2° livello quasi mai utili, specie in assenza di evidente instabilità clinica. La visita anestesiológica si conclude con un giudizio di operabilità.

Se il paziente è un paziente è complesso e/o non è operabile nelle 48 ore, verrà ricoverato in una degenza in cui è presente un team a prevalente competenza "internistica"; in caso contrario, la degenza verrà effettuata in ortopedia dove opera un team a prevalente competenza "ortopedica".

Trasferimento precoce

Sebbene il trasferimento in reparto entro 1 ora sia stato raccomandato in alcune linee guida, non esistono evidenze che il trasferimento precoce influenzi l'*outcome*. In ogni caso, evidenze sulle lesioni da pressione suggeriscono che il trasferimento precoce è associato a un buon standard di cure. I pazienti, pertanto, dovrebbero essere trasferiti in reparto entro **2 ore** dal loro arrivo in pronto soccorso.

In ogni caso nel DEA deve essere tempestivamente concluso l'iter delineato nella flow chart.

RISULTATI ATTESI ED INDICATORI

Risultati attesi

- Riduzione dei tempi intercorrenti dall'evento all'intervento chirurgico nei pazienti con frattura del femore over 65 anni;
- diminuzione dell'insorgenza di infezioni nosocomiali;
- riduzione dell'insorgenza di lesioni da pressione;
- riduzione insorgenza trombosi venosa profonda;
- riduzione della mortalità entro 30 giorni dall'intervento.

Vengono di seguito individuati alcuni ELEMENTI DI VALUTAZIONE desumibili dai flussi informativi correnti e da flussi ad hoc CHE POSSONO ESSERE UTILIZZATI SIA A LIVELLO REGIONALE CHE A LIVELLO AZIENDALE PER LA COSTRUZIONE DI SPECIFICI INDICATORI.

Alcuni di questi possono anche essere utilizzati per attivare cicli di audit clinico.

- N.° richieste intervento urgente al 118 per trauma anca/bacino
- Trattamento preospedaliero del dolore
- Tempo di permanenza in PS
- Iter completati in PS
- Esecuzione della profilassi tromboembolica in PS
- Trattamento del dolore in PS
- Giorni di degenza preoperatoria
- Giorni di degenza post operatoria
- Interventi nelle 48 ore (stratificati per comorbidità)
- N.° complicazioni settiche
- Mortalità intraospedaliera
- Visita fisiatrica nelle 48 ore successive all'intervento
- Insorgenza di lesioni da pressione durante il ricovero
- Riammissione
- Numero di re-interventi

