

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione delle fratture di collo femore.

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: _____ L'Estensore: ANGELA SBARDELLA Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa MADDALENA QUINTILI

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.44 pagine di cui n. 39 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Quintavalle

IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10 gennaio 2025, avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1" con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, il Dott. Giuseppe Quintavalle;

VISTA la Deliberazione 138 del 25/02/2025 avente ad oggetto: "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

VISTO l'Atto di Autonomia Aziendale adottato con Delibera n. 377 del 04/04/2025, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 8 maggio 2025 e pubblicata sul BURL n. 38 del 13/05/2025 nelle more della sua completa attuazione che avverrà con opportuna gradualità;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. e il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento agli indicatori di appropriatezza/qualità per le patologie tempo-dipendenti e alla tempestività del trattamento chirurgico della frattura di femore nell'anziano;

TENUTO CONTO del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti (PRE.VALE) e, in particolare, l'indicatore "intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nei pazienti di età >65 anni" e il relativo protocollo operativo, quale riferimento per il monitoraggio degli esiti e delle performance assistenziali;

VISTO il DCA Regione Lazio n. U00159 del 13/05/2016, recante approvazione del documento di riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale;

VISTO il DCA Regione Lazio n. U00101 del 22/07/2020, recante approvazione dei criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale, ai fini della continuità assistenziale e della definizione dei setting riabilitativi post-acuti;

VISTA la Determinazione Regionale G15691/2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità

CONSIDERATO le Linee guida SIOT 2022 relative alla gestione dell'anziano con frattura del femore prossimale, quale riferimento metodologico-clinico per l'organizzazione del percorso assistenziale;

TENUTO CONTO che la frattura prossimale di femore nel paziente anziano rappresenta una condizione ad elevato impatto clinico-assistenziale, con necessità di presa in carico multidisciplinare e di integrazione tra fase acuta ospedaliera e fase post-acuta/territoriale, secondo evidenze e indirizzi nazionali e regionali;

TENUTO CONTO che la tempestività dell'intervento chirurgico (entro 48 ore) costituisce un indicatore consolidato di qualità/sicurezza delle cure, oggetto di monitoraggio PNE e richiamato negli standard nazionali;

CONSIDERATO che l'adozione/aggiornamento di un PDTA aziendale per la frattura di collo femore (≥65 anni) consente di standardizzare i passaggi chiave (accesso, diagnosi, valutazione anestesiológica/ortogeriatrica, timing chirurgico, profilassi e gestione complicanze, mobilitazione precoce, dimissione protetta e riabilitazione), nonché di definire responsabilità, indicatori e audit periodici coerenti con i sistemi di valutazione nazionali e regionali

PREMESSO che la ASL Roma 1 propone un approccio integrato per affrontare le minacce per la salute secondo il Modello One Health e che il PDTA rappresenta uno strumento per realizzare tale modello in quanto percorso di presa in carico del Paziente globale per ogni bisogno assistenziale del paziente dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico

RITENUTO che il PDTA si prefigge di garantire:

- la facilità del paziente nell'accesso alle cure;
- un percorso diagnostico fluido ed efficace;
- l'impostazione tempestiva della terapia;
- la presa in carico dello specifico bisogno di salute nel tempo

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e ss.mm.ii. nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e ss.mm.ii,

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione delle fratture di collo femore;
- Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;
- Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile
del procedimento
Dr.ssa Domenica Patrizia Sposato
FIRMATO
DIGITALMENTE

Il Direttore di Area Direzione Ospedaliera
Dr.ssa Patrizia Magrini
FIRMATO
DIGITALMENTE

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii.
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione n. T00006 del 10 gennaio 2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente della Struttura proponente in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Dirigente della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della frattura di collo femore e relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile del procedimento provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA I AREA DIREZIONE OSPEDALIERA		 REGIONE LAZIO
	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE		Rev. 0 del 18.12.2025
			Pag. 1 a 25

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
18/12/2025	Rev.0	Per il GdL Dott.ssa D. Sposato Direzione Generale	Dott.ssa P. Magrini Dir. Area di Direzione Ospedaliera Formata digitalmente da: P. MAGRINI Organizzazione: ASL ROMA 1 Data: 22/12/2025 13:09:15 Dott.ssa M. Quintili Dir. UOC SPRM Dott. C. Turci Dir. Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	Dott. G. Quintavalle Direttore Generale Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale Dott. F. Quagliarello Direttore Amministrativo

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 1 di 25
---	----------------------------	--------------------------	--------------

INDICE

1.	INTRODUZIONE.....	4
2.	SCOPO E OBIETTIVO.....	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	4
5.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	5
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	7
7.	MODALITA' OPERATIVE.....	8
7.1	TEAM MULTIDISCIPLINARE, ANALGESIA IN PS ENTRO 30 MINUTI, CONSENSO INFORMATO.....	8
7.2	PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO ENTRO LE 48 ORE.....	14
7.3	RUOLO DEL RADIOLOGO.....	14
7.3.1	RUOLO DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA.....	15
7.4	RUOLO DELL'ORTOPEDICO.....	15
7.5	RUOLO DEL MEDICO D'URGENZA.....	16
7.6	RUOLO DELL'ANESTESISTA.....	16
7.7	MOBILIZZAZIONE PRECOCE.....	17
7.7.1	RUOLO DEL FISIATRA.....	17
7.7.2	RUOLO DEL FISIOTERAPISTA.....	18
7.8	ASSISTENZA.....	18
7.8.1	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PS.....	18
7.8.2	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA.....	21
7.8.3	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN REPARTO.....	22
8.	INDICATORI.....	24
9.	REVISIONE.....	24
10.	RIFERIMENTI.....	24
10.1	RIFERIMENTI INTERNI.....	24
10.2	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	24
10.3	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	25
11	ALLEGATI.....	25

GRUPPO DI LAVORO

Nome Cognome	Unità di appartenenza
Luciana Minieri <i>Responsabile del PDTA</i>	UOC Anestesia e Rianimazione San Filippo Neri
Mario Bosco	Dir Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione ASL Roma I
Giuseppe Maccauro	Dir FF Ortopedia e Traumatologia San Filippo Neri
Gabriele Panegrossi	Dir UOC Ortopedia e Traumatologia Santo Spirito
Silvana Chiaradia	Direzione Sanitaria P.O. San Filippo Neri
Francesco Mondera	Direzione Sanitaria P.O. Santo Spirito
Roberto Carlucci	UOS Gestione Camere Operatorie SFN
Anna Ferrari	UOS Terapia Intensiva Post Operatoria SFN
Massimo Magnanti	Dir UOC PS e Medicina D'Urgenza San Filippo Neri
Maria Paola Saggese	Dir UOC PS e Medicina D'Urgenza S Spirito
Giuseppe Imperoli	Dir DEA e UOC Medicina Interna San Filippo Neri
Enrico Pofi	Dir Area Diagnostica per Immagini e UOC Radiologia SFN
Carmelo Salanitro	UOC Radiologia Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita
Giancarlo Graziani	Dir UOC Medicina Riabilitativa ASL Roma I
Furio Colivicchi	Dir UOC Cardiologia San Filippo Neri
Roberto Ricci	Dir DEA e UOC Cardiologia Santo Spirito
Laura Rosa Fenudi	UOSD Medicina Legale per il Governo Clinico
Lelio Morviducci	Dir UOC Diabetologia e Dietologia Asl Roma I
Antonella Chiera	UOC Cardiologia Santo Spirito
Stefano Aquilani	UOC Cardiologia San Filippo Neri
Sabrina Crecco	UOC Anestesia e Rianimazione Santo Spirito
Raffaella Cacciotti	
Tommaso Palma	UOC Ortopedia e Traumatologia San Filippo Neri
Gianluca Mazzotta	
Irene Nardini	UOC Medicina Riabilitativa SFN
Andrea Foti	UOC Neurologia San Filippo Neri
Fiammetta Venditti	UOC Radiologia SFN
Carlo Turci	Dir Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali
Marco Sereni	Funzione Organizzativa BOU
Damiano Travaglini	Dir UOC Tecnici Sanitari
Raffaele Ferrara	UOC Tecnici Sanitari Funzione Organizzativa Area Radiologia Ospedaliera TSRM
Gilberto Murzilli	UOC Tecnici Sanitari Funzione Organizzativa di Coordinamento TSRM
Albarosa Marchioni	F.O di Coordinamento UOC Ortopedia e Traumatologia SFN
Luigina Di Benedetto	F.O di Coordinamento UOC PS SFN
Marco Carosella	F.O. di Coordinamento UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Santo Spirito
Stefano Marconi	F.O. di Coordinamento Blocco Operatorio Santo Spirito
Alessandro Serenelli	F.O Area Ospedaliera UOSD Assistenza Riabilitativa
Alessandra Petraroli	F.O. di Coordinamento UOC Ortopedia e Traumatologia S.Spirito
Sonia De Santis	Infermiere del BOU SFN
Germana Bertolucci	Infermiere del BO S. Spirito
Manuela Papa	Infermiere UOC Ortopedia e Traumatologia SFN
Matteo Pedone	
Giovanna Carluccio Domenica Patrizia Sposato	Direzione Generale

I. INTRODUZIONE

La frattura da fragilità di collo femore nel paziente di età ≥ 65 anni, rappresenta un problema sanitario rilevante, destinato a crescere, con relativo aumento dei costi correlati, sia per le terapie erogate che per la disabilità che spesso residua dopo questo evento.

Dalle Linee Guida Internazionali NICE 2023 e italiane SIOT 2022 emerge che una più adeguata ed efficiente performance organizzativa, con un approccio clinico multidisciplinare, può migliorare l'outcome di questi pazienti.

L'intervento precoce entro le 48h dall'accesso in Pronto Soccorso (PS) rispetto a un intervento ritardato, è associato a differenze significative in termini di minore mortalità, maggiore recupero dell'indipendenza e minor incidenza delle ulcere da pressione.

Ne consegue che **l'intervento per frattura di collo del femore nei pazienti di età ≥ 65 aa è classificato come urgenza differibile entro le 48 ore e va effettuato nel più breve tempo possibile**, a meno che non vengano identificate patologie acute che possano pregiudicare nell'immediato la sopravvivenza del paziente.

Questo indicatore costantemente monitorato nella Regione Lazio, attraverso il Programma Regionale Valutazione Esiti degli Interventi Sanitari (PReValE), ha rilevato nel 2024 circa 8600 ricoveri per frattura di collo femore con una mortalità a 30 giorni del 5%; nel 72% circa dei casi l'intervento è stato eseguito entro 48 ore dall'accesso in PS.

2. SCOPO E OBIETTIVO

L'obiettivo primario è di definire l'approccio alla presa in carico e al trattamento della frattura di collo femore nei pazienti di età ≥ 65 anni, che recepisca le indicazioni delle linee guida di riferimento, tenendo conto della specifica realtà della struttura in cui si opera e consenta al maggior numero di pazienti di essere operati in sicurezza nel più breve tempo possibile e comunque entro le 48 ore dall'accesso in PS.

Gli obiettivi specifici sono:

- riconoscimento precoce della frattura e attivazione del PDTA e del team multidisciplinare
- inizio dell'analgesia prima possibile e non oltre 30 minuti dall'accesso in PS
- valutazione del paziente, informazione del paziente e del caregiver e acquisizione del consenso all'intervento e all'anestesia
- intervento nel più breve tempo possibile e comunque entro 48 ore dall'accesso in PS
- attivazione del programma di recupero funzionale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i **pazienti di età $\geq$ di 65 aa che giungono in PS con sospetta e poi accertata frattura di collo del femore (fratture intracapsulari o extracapsulari) con indicazione ad intervento chirurgico.**

Non si applica ai pazienti di età < 65 anni e/o alle fratture di femore causate da patologie specifiche diverse da osteoporosi e osteopenia e ai pazienti che necessitano di ricovero in reparti specialistici per concomitanti patologie acute.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AG: Anestesia Generale; ALR: Anestesia Loco Regionale; ASA: Acidoacetilsalilico BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
Cr/Cl: Creatinine Clearance; DAT: Disposizioni Anticipate di trattamento; DOACs: Anticoagulanti Orali Non-vitamina k antagonisti (<i>non vitamin k antagonist oral anticoagulant</i>);
EBM: Evidence Based Medicine; EPA: Embolia Polmonare Acuta FANS: Farmaci antinfiammatori non steroidei; FNB: Femoral Nerve Block

HELP: Hospital Elder Life Program; HUB: centro di riferimento
IBP: Invasive Blood Pressure; IR: Insufficienza Renale
LdP: lesione da pressione; LMWH: Low Molecular Weight Heparin; MPR: Ricostruzioni multiplanari
NICE: National institute for Health and Care Excellence; NRS: Numeric Rating Scale
PACS: Picture Archiving and Communication System (sistema informatico gestione immagini digitali) PCC: Concentrati di Complessi della Protrombina; PENG: Pericapsular Nerve Group PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia; P.Re.Val.E: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti; PS: Pronto Soccorso
RCP: Rianimazione Cardio Polmonare SIATeSS: Sistema Informativo per l'assistenza territoriale e socio- sanitaria SIFIB: Supra Inguinal fascia iliaca block SSR: Sistema Sanitario Regionale
TOH: Team Operativo Ospedaliero; TVP: Trombosi venosa profonda; Tipe & Screen: Tipizzazione e screening; TSRM: Tecnico sanitario di radiologia medica
VKA: Antagonisti della Vitamina K; VR: Realtà virtuale applicata alla TC

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

PS- Percorso generale	Medico d'Urgenza	Ortopedico	Cardiologo	Anestesista	Infermiere triagista	Infermiere	Radiologo	Tecnico Radiologo
Valutazione del paziente	R	C	C*	C	R*	I		
Terapia del dolore	R	I		C	R*	R*		
Esecuzione es.radiografici							R*	R*
Diagnosi fr. di collo femore	I	C	I	I		I	R*	C
Indicazione Chirurgica	C	R		I				
Idoneità all'intervento chir	I	C	C*	R				
Info paziente/caregiver	R*	R*	I	R*	C	I		
Rilevazione LdP	I	I		I	C	R		I
Prevenzione del Delirium	R*	I	I	I	C	R*		C

R= responsabile; R* responsabile per proprio ambito di competenza; C = coinvolto; C* se richiesta consulenza; I = informato

PS – Percorso ortopedico	Ortopedico	Medico d'Urgenza	Cardiologo	Anestesista	Infermiere di Triage	Infermiere	Radiologo	Tecnico Radiologia
Valutazione del paziente	R		C*	C	R*			
Terapia del dolore	R			C*	R*	R*		

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 5 di 25
---	----------------------------	--------------------------	--------------

Esecuzione es.radiografici							R*	R*
Diagnosi fr.di collo femore	C		I	I		I	R	C
Indicazione chirurgica	R			C	.			
Idoneità all'intervento	C		C*	R				
Informazione al paziente/caregiver	R			C		C		
Rilevazione LdP	I			I	C	R		I
Prevenzione del Delirium	R*		I	I	C	R*		C

R= responsabile; R* responsabile per proprio ambito di competenza; C = coinvolto; C* se richiesta consulenza; I= Informato

	Ortopedico	Infermiere	Fisiatra	Fisioterapista
Reperto Ortopedico				
Assistenza/monitoraggio	C	R	I	i
Terapia del dolore	R	C		I
Indicazioni Terapeutiche	R	C		
Mobilizzazione precoce	C	I	R	C
Prevenzione lesioni da decubito	I	R		
Prevenzione/trattamento del Delirium	R	C		

R= responsabile; C = coinvolto; I = informato

	Ortopedico	Anestesista	Infermiere	Tecnico Radiologia	TIPO	
In Sala Operatoria					Anestesista	Infermiere
Check list	R	R	R	C		
Anestesia e Terapia del dolore	I	R	C		I	I
Intervento chirurgico	R	C	C	I	I	I
Attività complementare radiologica	C	I	C	R		
Recovery Room	I	R	C			
Indicazione al Reparto	C	R	I			
Indicazione alla TIPO	C	R	I		I	I
Rilevazione lesioni da pressioni	I	I	R		I	I
Prevenzione/trattamento del Delirium	C	R	C		I	I

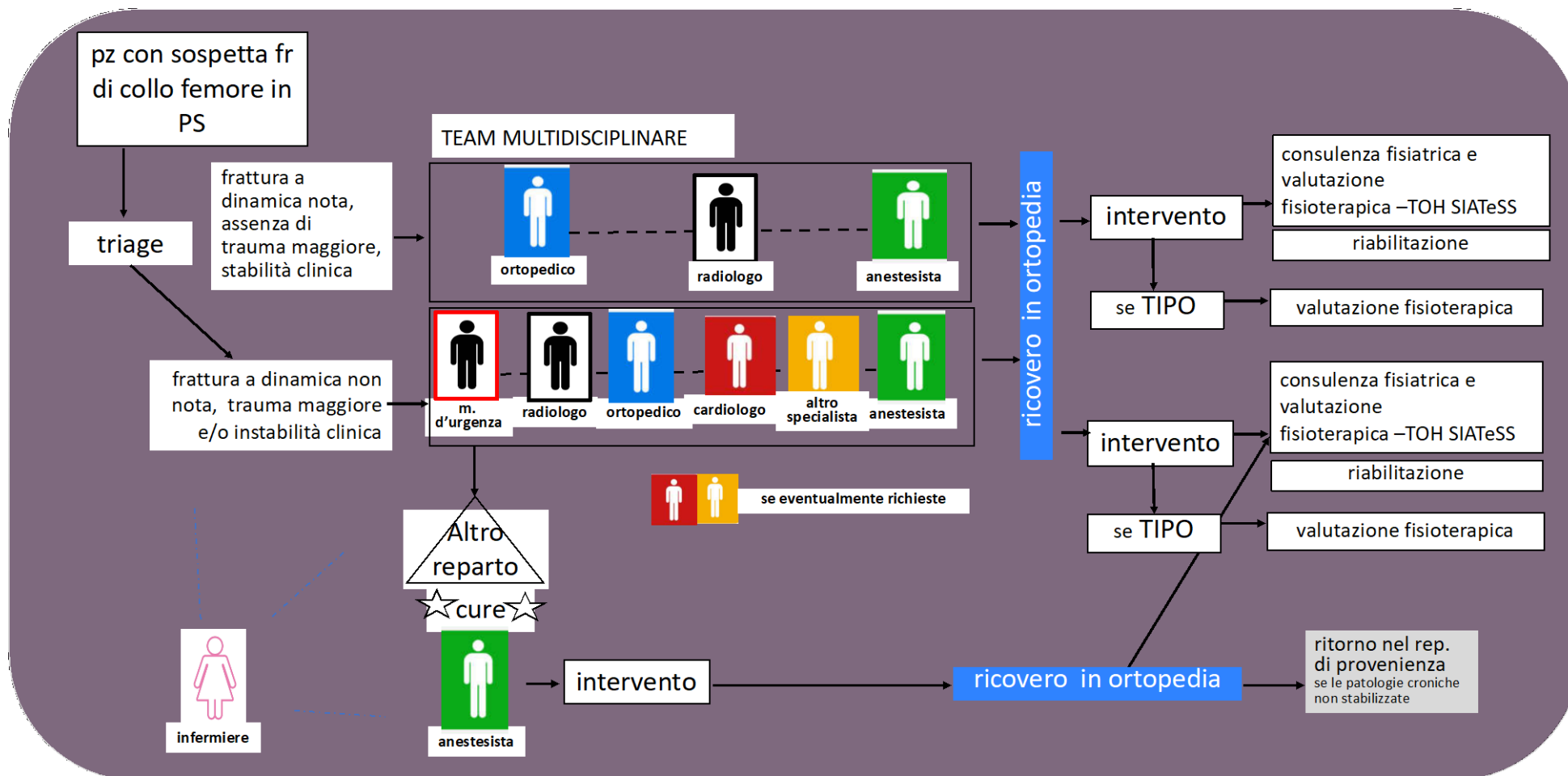
R= responsabile; C = coinvolto; I = informato

	Anestesista	Infermiere	Ortopedico	Fisiatra	Fisioterapista
Tipo					
Assistenza/monitoraggio	C	R	I	I	I
Terapia del dolore	R	C	I	I	I
Indicazioni Terapeutiche	R	C		I	
Mobilizzazione precoce	C	I	C	C	R
Prevenzione lesioni da decubito	I	R	I	I	I
Prevenzione/trattamento del Delirium	R	C	I		

R= responsabile; R*responsabile per proprio ambito di competenza; C = coinvolto; I = informato

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 6 di 25
---	----------------------------	--------------------------	--------------

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



7. MODALITA' OPERATIVE

7.1 TEAM MULTIDISCIPLINARE, ANALGESIA IN PS ENTRO 30 MINUTI, CONSENSO INFORMATO

La procedura si attiva nel momento in cui il paziente, trasportato dal personale sanitario del I18 oppure dai familiari, arriva al PS. Viene accolto dall'infermiere del triage che rileva i primi parametri clinici, raccoglie le informazioni sulla dinamica dell'incidente, posiziona un accesso venoso periferico, valuta il dolore (scale NRS o PAINAD allegato I) e procede alla **somministrazione di paracetamolo 1 gr ev se non controindicato**.

(controindicazioni al paracetamolo → allergia o favismo).

Il processo di Triage seguirà il modello globale secondo il Manuale Regionale Triage intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (allegato I).

Tabella 1: prima valutazione del paziente in triage e assegnazione del paziente

Sospetta frattura del femore a dinamica nota, in assenza di trauma maggiore, paziente emodinamicamente stabile	BOX Ortopedico
Sospetta frattura di femore a dinamica non nota, con criteri per trauma maggiore e/o instabilità clinica del paziente	Medico d'Urgenza in sala emergenza

Tabella 2: analgesia multimodale in PS

Paracetamolo 1gr x 3/die ev entro 30minuti (salvo controindicazioni come allergie/favismo)  se persiste dolore moderato $VAS \geq 5 < 7$ e in relazione alle condizioni cliniche del paziente: - FANS sono sconsigliati ma non controindicati e vanno considerati (es ibuprofene 600mg), - Possono essere altresì prescritti oppiacei (es. tramadolo 50/100mg ev/ morfina 5mg sc) da impiegare con cautela - Considera eventuale blocco antalgico se persiste dolore severo $VAS \geq 7$ - Considera eventuale blocco antalgico
--

Tabella 3: criteri per la richiesta della consulenza cardiologica

Cardiopatie note	Criteri maggiori cardiologici di valutazione del paziente con frattura di collo femore (tabella 4) - FA o TSV ≥ 121 bpm, - Tachicardia ventricolare, - BAV III° o bradicardia < 45 bpm, - Infarto di nuova insorgenza all' ECG o dolore toracico con modifiche ECG - EPA o segni di scompenso cardiaco
Sintomi di cardiopatia in atto (dolore toracico, dispnea)	
Alterazioni ECG	
Ipertensione $> 180/110$ mmHg solo se associata ad altre patologie (diabete/IRC/BPCO)	

Tabella 4: criteri di valutazione del paziente con frattura di collo femore

ALTERAZIONE	MAGGIORE	MINORE
- le alterazioni maggiori sono più difficili da correggere e possono giustificare un ritardo dell'intervento chirurgico e possibile ricovero in reparto medico o in Area Intensiva - le alterazioni minori sono rapidamente correggibili e non determinano un ritardo dell'intervento chirurgico		
Pressione arteriosa mmhg	PAS $\square$ 90	PAS >180; PAD >110
Ritmo e frequenza bpm	- Fibrillazione atriale o tachicardia sopraventricolare $\square$ 121bpm - Tachicardia Ventricolare - Blocco AV III° grado o Bradicardia <45	- Fibrillazione atriale o Tachicardia sopraventricolare 101 -120 - Tachicardia sinusale > 120 o Bradicardia 46-50bpm
Infezioni/polmoniti	- Temperatura < 35°C - Temperatura $\square$ 38,5°C con segni clinici o radiografici di polmonite	- Temperatura $\square$ 38,5°C o sospetto clinico o radiologico di polmonite
Dolore toracico	Infarto di nuova insorgenza all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato	Dolore toracico con ECG normale
Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o segni di scompenso cardiaco all'Rx Torace, con dispnea e/o esame obiettivo anormale	Dispnea o rumori polmonari con Rx Torace negativo o segni radiologici di insufficienza cardiaca congestizia, senza dispnea
Insufficienza respiratoria	- SpO ₂ <90%; - pO ₂ <60mmhg o pCO ₂ $\square$ 55mmhg	pCO ₂ 46-55mmHg
Elettroliti mEq/L	- Na ⁺ $\square$ 125 o >155 - K ⁺ <2,5 o $\square$ 6,1; HCO ₃ ⁻ < 18/ >36	- Na ⁺ 126-128 o 151-155 - K ⁺ >2,5 – 2,9/ 5,6-6,0; HCO ₃ ⁻ 18-19 o 35-36
Glicemia mg/dl	>600	< 600
Azotemia/creatinina mg/dl	Azotemia >50 o Creatinina $\square$ 2,6	Azotemia 41-50 o Creatinina 2,1-2,5
Anemia g/dl	Hb $\square$ 7,5 gr/dl	Hb 7,6-8gr/dl

SIAARTI 2018 modificato. "Gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano, 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guidelines for perioperative cardiovascular management for noncardiac surgery

Si configurano due scenari:

1. Il paziente con sospetta frattura di femore accidentale nota, in assenza di trauma maggiore ed emodinamicamente stabile viene assegnato al box ortopedico attivo 24 ore su 24.

L'ortopedico, dopo l'anamnesi e la visita, prescrive la terapia antalgica con paracetamolo 1 gr x 3 /die
(controindicazioni al paracetamolo: → allergia o favismo):

▼ -richiede Rx bacino per anca e assiale per l'anca fratturata ed eventuale TC per l'indicazione chirurgica, Rx Torace, es.Ematochimici, ECG

▼ -richiede la Consulenza Cardiologica se al referto ecg o all'anamnesi si evidenziano elementi della tabella 3

-richiede la Consulenza Anestesiologica per l'idoneità all'intervento proposto, informa il paziente-caregiver e acquisisce il **consenso**.



Informazione/ acquisizione del consenso chirurgico, Type & Screen, **trasferimento nel reparto di ortopedia** con la programmazione dell'intervento appena possibile, dandone immediata informazione al Blocco Operatorio per un'organizzazione efficace dell'intervento nelle 48 ore.

2. Il paziente con sospetta frattura di femore a dinamica non nota, trauma maggiore e/o instabilità clinica viene assegnato al medico d'urgenza.

Il medico d'urgenza, dopo l'anamnesi e la visita, avvisa l'ortopedico della sospetta frattura, identifica eventuali allergie e prescrive la terapia antalgica con paracetamolo 1 gr x 3 /die

(controindicazioni al paracetamolo: → allergia o favismo):

▼ - richiede Rx bacino per anca, assiale per l'anca fratturata e la consulenza ortopedica (contestualmente all'inquadramento diagnostico terapeutico), Rx Torace, esami, ECG;

▼ - richiede la consulenza Cardiologica, se al referto ECG o all'anamnesi si evidenziano gli elementi indicati nella tabella 3

- richiede altre consulenze se ritenute necessarie per l'inquadramento del paziente



Se sono presenti alterazioni minori, risolvibili entro le 48 ore (tab 4) richiede la Consulenza Anestesiologica per l'idoneità all'intervento con informazione del paziente -caregiver e acquisizione del **consenso**.



Se sono presenti alterazioni maggiori il cui trattamento è prioritario rispetto all'intervento (tab 4) **ricovero presso il reparto di competenza**

Ricovero presso il reparto di ortopedia
- trattamento delle alterazioni minori.
-LMWH 4000Uisc secondo (proc. Asl Roma 1 Profilassi Tev 2024), richiesta di emocomponenti



Degenza in PS 8 ore compatibilmente con fine dell'iter diagnostico

La consulenza cardiologica, se richiesta va espletata in PS. Durante le ore notturne (20.00-08:00), se il cardiologo è occupato in un'urgenza e solo nel paziente stabile lettura ECG in UTIC, ricovero in ortopedia e la consulenza verrà espletata entro le 8 del mattino successivo; se invece il paziente è instabile la consulenza andrà effettuata in PS.

La consulenza anestesiologicala va espletata in PS dall'anestesista di guardia per le urgenze chirurgiche seguendo le disposizioni interne dei Presidi Ospedalieri ASL Roma

EBM E APPROFONDIMENTI**GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO**

- La sospensione della metformina, delle glifozine e delle incretine (allegato 2) va praticata all'ingresso del paziente in PS e non pregiudica l'idoneità del paziente all'intervento in quanto è prioritario eseguirlo entro le 48 ore
- Se il paziente presenta glicemia tra i 300- 600mg/dl (criteri minori della tab 4) viene ricoverato nel reparto di ortopedia dove viene richiesta la consulenza diabetologica per un'ottimizzazione del paziente:
 - escludere segni clinici di cheto-acidosi (glicemia > 250mg/dl, ph < 7.3, bicarbonati < 15 mmol/L, chetonemia < 3 mmol/L o chetonuria assente)
 - valutare glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, EGA
 - iniziare l'idratazione appena possibile
 - iniziare la terapia insulinica e se possibile attendere che i valori glicemici siano ☐ 200mg/dl
- Se il paziente presenta una glicemia > di 600mg/dl (criterio maggiore tab 3) viene ricoverato nel reparto appropriato

Management del paziente affetto da diabete ricoverato per un intervento chirurgico JAMD 2022

EBM E APPROFONDIMENTI**DELIRIUM**

stato confusionale acuto

Pazienti a rischio di delirium: deterioramento cognitivo, disorientamento, disidratazione, costipazione, ipossia, infezioni o altre malattie acute, immobilità, dolore, effetto dei farmaci, cattiva alimentazione, disturbi sensoriali e del sonno

Il medico di reparto nel sospetto di delirium esegue la valutazione con scala 4AT (allegato 3) e valuta la possibilità di consulenza neurologica per confermare la diagnosi ed eventuale trattamento secondo procedura aziendale “Gestione del paziente fragile candidato ad intervento chirurgico”

Terapia medica

- ✓ neurolettici, in particolare (se possibile solo la somministrazione ev) Haloperidolo, quando prevalgono i deliri e allucinazioni, (2 mg ripetibile sino ad effetto con monitoraggio ECG del Q-T; se possibile somministrazione *per os* Haloperidolo 1-2 mg seguiti da 0.25 – 0.50 mg ogni 4 ore sino ad effetto); in alternativa Quetiapina (25 mg rivalutando ogni 4 ore), quando prevale uno stato di agitazione senza deliri o allucinazioni

Terapia di supporto:**HELP:**

- ✓ Riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo di farmaci psicoattivi, precoce mobilitazione, igiene del sonno, mantenimento di un'adeguata idratazione e nutrizione, fornire/favorire l'utilizzo protesi acustiche o occhiali se utilizzate dai pazienti.
- ✓ Team multidisciplinare medico-infermieristico.
- ✓ Efficacia dimostrata da oltre 10 studi su più di 200 ospedali in tutto il mondo

Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. Intern Emerg Med. 2018 Jan;13(1):113 - 121

EBM E APPROFONDIMENTI**PAZIENTI CON DEFICIT COGNITIVI E CONSENSO**

Qualora alla prima valutazione del paziente emerga un deficit cognitivo, occorre, in reparto richiedere la consulenza neurologica per una verifica delle condizioni.

Se i deficit cognitivi sono confermati e valutati di entità tale da interferire con la capacità a fornire un consenso valido al trattamento ne va dato atto in cartella clinica in maniera puntuale, descrivendo dettagliatamente lo stato di mente del paziente e formulando le opportune osservazioni riguardo all'interferenza delle condizioni neuropsichiche sulla capacità di fornire un consenso valido. In questa evenienza si possono verificare quattro situazioni.

- Il paziente ha dei familiari e non ha mai redatto DAT: in questo caso si informerà/informeranno il/i familiare della diagnosi, dell'indicazione all'intervento chirurgico entro le 48 ore, delle eventuali complicanze dello stesso e di ciò che potrebbe potenzialmente verificarsi nel caso di mancato trattamento. Congiuntamente anestesista e chirurgo comunicheranno al familiare che le condizioni mentali del paziente non gli consentono di dare un consenso valido al trattamento e gli chiederanno, pertanto, di rilasciare una dichiarazione in merito all'avvenuta informazione da parte dei sanitari (non deve rilasciare alcun consenso al trattamento).

- Il paziente non ha familiari: in questo caso occorrerà registrare in cartella l'impossibilità che il paziente fornisca un consenso valido a causa dei deficit cognitivi (che, come già esposto, devono essere analiticamente esplicitati) e la necessità di procedere al trattamento alla luce delle evidenze scientifiche anche in assenza di quest'ultimo, a tutela della salute (e della vita) del paziente stesso.

- Il paziente ha depositato nell'apposito Ufficio dello Stato civile del Comune di residenza o dal notaio le DAT e la nomina di un fiduciario. In questo caso, acquisita copia delle DAT, occorrerà convocare il fiduciario e fornirgli le informazioni utili all'acquisizione del consenso, che andrà registrato in cartella con le specifiche del caso. Copia delle DAT e della nomina del fiduciario, se effettuata in un documento successivo, dovrà essere acquisita in cartella clinica. In caso di contrasto tra l'indirizzo terapeutico dell'equipe e il parere del fiduciario, occorrerà chiedere con urgenza l'intervento del giudice tutelare (art. 3, c. 5, Legge n°219/2017), motivando adeguatamente sul piano clinico sia la richiesta, che l'urgenza, in base all'EBM.

- Una situazione diversa da questa sul piano giuridico, ma che può presentare alcune analogie di comportamento da parte dei clinici, è il caso del paziente per il quale il Giudice Tutelare abbia provveduto a nominare un amministratore di sostegno autorizzato a prestare il consenso a trattamenti medico-chirurgici. Anche in questo caso si dovrà acquisire alla cartella clinica copia del provvedimento di nomina di amministratore di sostegno nel quale sia specificata la facoltà di prestare il consenso all'atto medico al posto del beneficiario ed acquisire il consenso scritto dell'amministratore di sostegno. In caso di contrasto tra l'indirizzo terapeutico dell'equipe e il parere dell'amministratore di sostegno, occorrerà chiedere con urgenza l'intervento del giudice tutelare (art. 3, c. 5, Legge n°219/2017).

EBM E APPROFONDIMENTI

LA TERAPIA ANTIAGGREGANTE (ad accezione dell' ASA) va sospesa all'ingresso del paziente PS e riportata in cartella clinica l'ultima somministrazione; non controindica l'intervento ma guida il tipo di anestesia:

°**L'aspirina**: ☒ l'ALR;

°**Gli inibitori P2Y12**: ☐ i blocchi centrali/periferici profondi; ☒ i blocchi periferici superficiali

LA TERAPIA ANTICOAGULANTE va sospesa all'ingresso del paziente in PS e riportata in cartella clinica l'ultima somministrazione; può controindicare l'intervento:

°**DOACS** la sospensione inferiore a 72 ore non controindica l'intervento chirurgico ma guida il tipo di anestesia:

☒ l' AG /blocchi periferici superficiali; ☐ i blocchi centrali e periferici profondi;

°**AVK*** sospensione e correzione con vit k 10mg ev (ripetibile):

Anestesia:- INR < 1,5 ☒ i blocchi centrali/periferici profondi;

- INR < 2 Somministrare vit K ev: ☒ blocchi periferici superficiali/AG

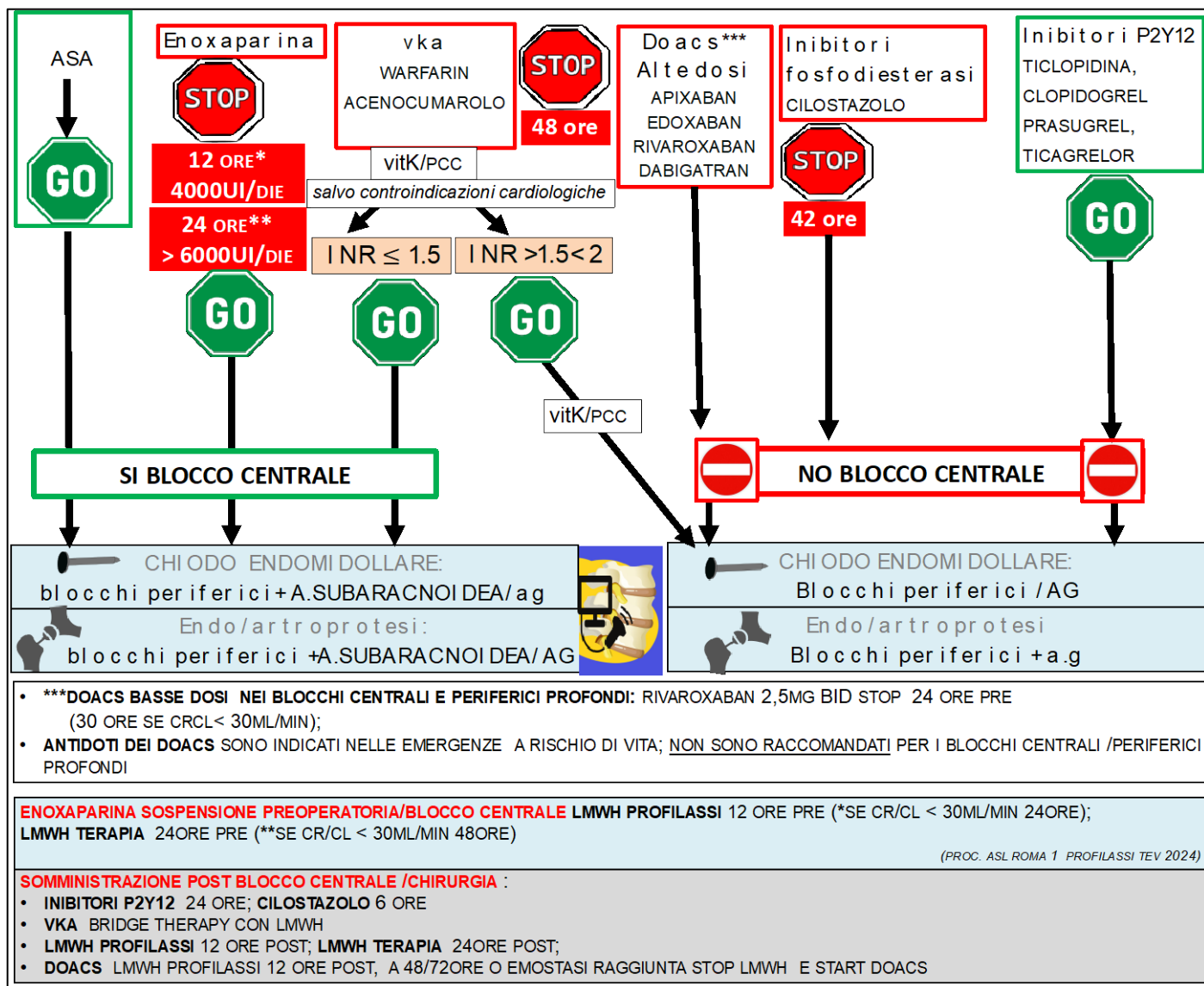
- INR > 2 ☐ l'intervento e l'anestesia; vit k 5mg ev ripetibili, considerare PCC

*Salvo casi particolari valutati dal consulente cardiologo (es paziente con protesi valvolari meccaniche)

Chest 2012-2024, ASRA 2025, Sicurezza in ALR Asl Roma I -2022, A multidisciplinary approach on the perioperative antithrombotic management of patients with coronary stents undergoing surgery. Surgery after stenting 2. JACC Cardiovasc Interv 2018,

Infografica I: terapia antiaggregante e anticoagulante in anestesia e chirurgia

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 13 di 25
---	-------------------------	-----------------------	---------------



EJA 2022, ASRA 2025

7.2 PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO ENTRO LE 48 ORE

ORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE

L'intervento di frattura di collo femore nei pazienti tra i 65 e 99 anni va eseguito entro 48 ore come da indicazioni nazionali (SIOT 2021, SIAARTI 2021) e internazionali (NICE 2023).

Stabilita l'idoneità del paziente l'organizzazione degli spazi operatori è fondamentale e prevede:

- se non è possibile espletare l'intervento il giorno dell'accesso in PS, l'ortopedico si impegna a programmare l'intervento in tempo utile;

- se nei giorni di sabato e domenica in cui vengono espletate solo le urgenze ed effettuate in ordine di priorità su giudizio dell'anestesista di guardia secondo il consueto schema:

Urgenza di tipo 1 -> Urgenza di tipo 2 -> Urgenza di tipo 3 / differibile/ frattura di femore.

L'Ortopedico dovrà informare, già dal momento del ricovero sia l'anestesista di guardia che gli infermieri del blocco operatorio della necessità di programmare entro le 48 ore l'intervento come previsto dal regolamento interno.

7.3 RUOLO DEL RADIOLOGO

Per il Paziente con frattura a dinamica nota in assenza di trauma maggiore

- L'Ortopedico esegue la richiesta di Esame RX bacino per anche in proiezione AP ed assiale per l'arto interessato ed RX torace e la invia in Radiologia d'Urgenza.

- Acquisita la richiesta e valutata da parte del Medico Radiologo, il tecnico sanitario di radiologia medica esegue gli esami RX nel minor tempo possibile rispettando l'ordine di priorità clinica.
- Il Medico Radiologo referta gli esami richiesti nel minor tempo possibile dall'esecuzione degli stessi e richiede la TC se RX è dubbio o nel caso sia necessario un completamento/integrazione con metodica più avanzata (in caso di fratture complesse).

Per il Paziente con frattura a dinamica non nota e presenza di trauma maggiore

- La richiesta proviene dal medico di PS e si tratta di TC per politrauma o altra patologia. Il Medico Radiologo se evidenzia una frattura del collo femorale, si appresta a chiamare il medico di PS per richiedere un ulteriore Esame RX del bacino e dell'arto fratturato per semplificare ed evitare un nuovo accesso del paziente in Radiologia d'Urgenza.
- Se viene eseguita la TC del bacino il Radiologo esegue ed invia al PACS ricostruzioni 2D MPR e 3D VR dell'esame.

7.3. I RUOLI DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA

- Il TSRM Collabora con il personale di pronto soccorso nell'accoglienza del paziente, spesso politraumatizzato e fragile.
- Verifica la corretta identificazione del paziente e la richiesta di esame radiologico.
- Valutare le condizioni cliniche (dolore, stato di coscienza, possibilità di mobilitazione minima).
- Esegue le richieste inviate dal dirigente medico del PS o Ortopedico nelle proiezioni standard Bacino AP (antero-posteriore). Anca AP e laterale/assiale (cross-table).
- Esegue la richiesta giustificata dal medico Radiologo Protocollo TC BACINO, con Studio mirato alle anche e al bacino, con acquisizione volumetrica sottile, Ricostruzioni multiplanari (MPR) in assiale, coronale e sagittale, ricostruzioni 3D se utili alla pianificazione chirurgica.
- Supporto intraoperatorio e verifica del corretto posizionamento dei mezzi di sintesi chirurgica

7.4 RUOLO DELL'ORTOPEDICO

INDICAZIONE CHIRURGICA, INTERVENTO, GESTIONE IN REPARTO

In PS:

- Acquisisce la documentazione clinica del P.S e pregressa del paziente con la terapia domiciliare, esegue l'anamnesi, l'esame clinico, chiede se presenti allergie farmacologiche e prescrive la terapia antalgica con paracetamolo 1gr x 3/die ev (tab 2)
- Richiede gli accertamenti radiografici (RX dell'Anca in due proiezioni – Rx Bacino – eventuale approfondimento TC - Rx Torace)
- Compila la cartella clinica, trascrive la terapia domiciliare, sospende la terapia antiaggregante ad eccezione della cardioaspirina, anticoagulante e ipoglicemizzante ad eccezione dell'insulina;
- Richiede gli esami ematochimici, Type & screen, ECG
- Richiede la consulenza cardiologica come da tab. 2;
- Richiede eventuali altre consulenze solo se necessarie all'inquadramento clinico e idoneità del paziente all'intervento;
- Richiede la consulenza anestesiológica;
- Informa e acquisisce il consenso chirurgico e all'emotrasfusione;
- Richiede gli emocomponenti;
- Planning preoperatorio e organizza l'intervento chirurgico entro le 48 ore dall'accesso del paziente in PS
- Prescrive la terapia antitrombotica 12 ore post-intervento oppure in giornata se l'intervento è posticipato al giorno successivo

In Reparto:

- accoglie, identifica il paziente e il sito chirurgico, lo prepara all'intervento e lo segue in tutto il suo decorso postoperatorio.
- richiede la valutazione fisioterapica e fisiatrica, consulenza TOH attraverso la piattaforma SIATeSS con la redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) per il trasferimento entro 24 ore dall'intervento. L'Obiettivo dell'intervento è consentire ai pazienti con frattura di collo femore un carico e una mobilitazione precoce nell'immediato postoperatorio

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 15 di 25
---	-------------------------	-----------------------	---------------

EBM E APPROFONDIMENTI

RX vs TC ANCA

Il 90- 98% delle fratture di collo femore viene diagnosticata con l'esame radiografico RX bacino per anca e assiale per l'anca interessata; nella stessa sede si esegue anche l'RX torace (ottimizzazione delle tempistiche). Per le fratture occulte, complesse o per un planning preoperatorio più accurato si esegua TC.

SIOT 2022 Linee Guida frattura di femore prossimale nell'anziano

7.5 RUOLO DEL MEDICO D'URGENZA

- Nel caso il Paziente dal triage venga avviato alla valutazione dell'emergentista, il medico d'urgenza acquisisce l'eventuale documentazione clinica del Paziente con la terapia domiciliare recata dal paziente o dai suoi accompagnatori, esegue l'anamnesi, l'esame obiettivo e prescrive la terapia antalgica, con paracetamolo 1 gr x 3/die ev (tab 2)
- Procede alla stabilizzazione clinica del paziente nei casi necessari attuando tutte le terapie del caso.
- Richiede gli esami ematici ritenuti necessari in base al quadro clinico a partire dal profilo chirurgico.
- Richiede gli accertamenti radiografici specifici per la sospetta frattura di femore (RX dell'Anca in due proiezioni – Rx Bacino – eventuale approfondimento TC - Rx Torace) e ogni accertamento ritenuto opportuno rispetto al quadro clinico complessivo.
- Compila regolarmente la cartella GIPSE riportando tutte le attività svolte.
- In caso di riscontro di frattura con indicazione potenziale all'intervento chirurgico sospende preliminarmente la terapia antiaggregante ad eccezione della cardioaspirina, anticoagulante e ipoglicemizzante ad eccezione dell'insulina.
- In caso di quadri clinici specifici, si avvale delle consulenze specialistiche competenti.
- Richiede la consulenza dell'ortopedico per la conferma o meno dell'indicazione chirurgica.
- Nel caso il quadro clinico del Paziente non sia compatibile, almeno nell'immediato, alla effettuazione dell'intervento chirurgico, dispone il ricovero presso il reparto ritenuto più idoneo per le esigenze di cura del Paziente.
- Nel caso il Paziente avviato inizialmente al box ortopedico appalesi, in qualsiasi momento, problematiche cliniche non evidenziate al triage che ne impediscano l'avvio al percorso chirurgico urgente o in caso di urgenze cliniche non connesse alla frattura, l'ortopedico contatta il medico d'urgenza per la presa in carico dell'assistito. Il medico d'urgenza gestirà il caso fino alla definizione delle condizioni complessive, avvalendosi della diagnostica e delle eventuali consulenze specialistiche necessarie. Al termine delle valutazioni di competenza il Paziente verrà riaffidato all'ortopedico per il proseguo dell'iter chirurgico oppure il medico d'urgenza ne disporrà il ricovero nel reparto ritenuto più opportuno.

7.6 RUOLO DELL' ANESTESISTA

IN PS:

- Valuta e definisce l'idoneità all' intervento chirurgico
- Informa il paziente e il caregiver con acquisizione del consenso
- Eventuale blocco antalgico in PS

I principali blocchi periferici utilizzati per l'analgesia nelle fratture di collo femore sono i blocchi periferici superficiali del nervo femorale e della fascia iliaca e il blocco periferico profondo PENG.

Nei pazienti antiaggregati/scoagulati le linee guida EJA 2022/ASRA 2025 indicano l'esecuzione dei blocchi periferici superficiali ma controindicano quella dei blocchi periferici profondi.

IN SALA OPERATORIA:

- Analgesia – **considerare i blocchi nervosi periferici intraoperatori per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico (NICE 2023)**
- Anestesia Generale o Locoregionale – non esiste una superiorità dell'una o dell'altra tecnica in termini di mortalità a 30 giorni e durata del ricovero, ma una minor incidenza di TVP nel gruppo ALR. L'anestesista, quindi, eseguirà la tecnica anestesiológica più adatta alle specifiche esigenze del paziente e del tipo di procedura chirurgica (fig 2).
- Terapia anticoagulante ed antiaggregante – le modalità di sospensione sono descritte nell'approfondimento dedicato e infografica 1.
La letteratura concorda nella priorità all'intervento entro le 48; tuttavia per alcuni casi particolari l'anestesista dovrà valutare i pro e contro di un'anestesia locoregionale vs a. generale valutando la tecnica a minor rischio emorragico (A. G/blocchi periferici superficiali < a. subaracnoideale/blocchi periferici profondi) (proc.Sicurezza in ALR -Asl Roma I, 2024).
- Strategie di prevenzione del delirium
sia per la sedazione che l'AG
- Idratazione – preferire accesso vascolare duraturo.
- Riscaldamento del paziente – con linee infusionali calde e/o coperta termica; sono pazienti disidratati e a digiuno che arrivano nell'ambiente freddo delle sale operatorie, che vengono sottoposti a blocco centrale che favorisce una maggiore perdita di calore. Inoltre un ambiente riscaldato verrà percepito come familiare.

- **Monitoraggio invasivo**– invasive blood pressure e/o sistemi di monitoraggio emodinamico mediamente invasivi. La scelta del tipo di monitoraggio sarà indirizzata dal tipo di paziente e tipo di intervento.

POST OPERATORIO

- Controllo del dolore con terapia antalgica multimodale
- Valutazione per il monitoraggio in terapia intensiva

Tab 5: Indicazioni al ricovero in terapia intensiva

INDICAZIONI AL RICOVERO IN AREA INTENSIVA
- <u>Stato cronico attuale</u> per insufficienza di una o più funzioni vitali (patologie acute, croniche riacutizzate, insufficienza delle funzioni vitali postoperatorie e post traumatiche), quindi pazienti in condizioni critiche in atto, potenzialmente regredibili con il trattamento ed il monitoraggio intensivo non praticabile al di fuori del reparto intensivo e per competenza specifica (supporto respiratorio, circolatorio, neurologico, renale) - <u>Rischio elevato</u> di sviluppare uno stato cronico per il sopraggiungere di complicanze gravi e prevedibili, quindi pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo ed eventuale trattamento invasivo, in quanto si trovano in condizioni tali da rendere possibile o molto probabile lo sviluppo di un'insufficienza d'organo tale da rappresentare una minaccia per la sopravvivenza (monitoraggio intensivo per patologie croniche riacutizzate per complicanze mediche e/o chirurgiche).

ASL Roma I "Protocollo di ammissione e dimissione dai reparti intensivi - 2018

7.7 MOBILIZZAZIONE PRECOCE

7.7.1 RUOLO DEL FISIATRA

La mobilizzazione del paziente con frattura di collo femore avviene entro 24 ore dell'intervento chirurgico.

L'ortopedico nell'immediato postoperatorio richiede la consulenza fisiatrica e la valutazione fisioterapica per i pazienti nel reparto ortopedico, per quelli che necessitano di monitoraggio intensivo postoperatorio (TIPO) richiedere la consulenza fisiatrica che valuterà l'assenza di controindicazioni.

Nel percorso del paziente con frattura di femore lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione quando interviene già durante il ricovero nel reparto di Ortopedia o nel reparto di terapia intensiva postoperatoria (TIPO), su richiesta dell'Ortopedico, dà indicazione al setting più appropriato valutando le comorbidità, la prognosi ed eventuali problematiche sociali associate.

In base a tali parametri il fisiatra può dare indicazione a:

- ricovero in reparto di Riabilitazione cod 56 (reparto presente anche nel Presidio Ospedaliero San Filippo Neri che prevede almeno 3 ore di trattamento riabilitativo giornaliero)
- ricovero in reparto di Lungodegenza post-acuzie cod 60 (che prevede 1 ora di trattamento riabilitativo al giorno per un massimo di 60 giorni)
- ricovero in estensiva ex art. 26
- indicazione ad attivazione CAD riabilitativo
- ambulatorio

In base all'indicazione data, l'Ortopedico compila la richiesta di posto letto nelle strutture preposte, che viene inviata attraverso la piattaforma SIATeSS dalla TOH.

Nel P.O. San Filippo Neri è presente il reparto di Riabilitazione Neuromotoria cod 56, che accoglie anche i pazienti con postumi di frattura di femore. In questo reparto il fisiatra prende in carico il paziente, stilando un Progetto Riabilitativo con obiettivi a breve, medio e lungo termine che vengono raggiunti attraverso un lavoro di equipe che vede coinvolti anche altri profili professionali della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti), infermieri, psicologi.

Al termine del ricovero, il fisiatra dà indicazione alla prosecuzione dello stesso secondo varie modalità: presso struttura ex art 26 residenziale o semiresidenziale, in Day Hospital cod 56, centro assistenza domiciliare (CAD) riabilitativo, riabilitazione ambulatoriale.

In tutti questi casi, ad eccezione della riabilitazione in specialistica ambulatoriale, il fisiatra si interfaccia con la TOH per inoltrare e gestire le richieste alle strutture su menzionale.

Nella gestione del rientro al domicilio dopo ricovero presso il reparto COD 56, il fisiatra si occupa anche della eventuale prescrizione degli ausili e di richiedere, nel caso fosse necessaria l'assistenza infermieristica oltre che riabilitativa da parte del CAD.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 17 di 25
---	-------------------------	-----------------------	---------------

7.7.2 RUOLO DEL FISIOTERAPISTA

Il fisioterapista effettua la valutazione funzionale fisioterapica entro le 24 ore dall'intervento ed inizia contestualmente la mobilitazione precoce del paziente, al fine di ridurre i rischi legati all'allettamento prolungato ed all'assenza di carico.

A tal fine stimola il paziente a restare il più a lungo possibile fuori dal letto, in sicurezza (tramite l'utilizzo di adeguati ausili) compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente stesso. Riguardo la concessione al carico il fisioterapista fa riferimento alla scheda compilata a cura del chirurgo ortopedico che ha effettuato l'intervento. Il fisioterapista compila per tutti i giorni del ricovero la scheda fisioterapica che documenta l'andamento dell'evoluzione delle capacità funzionali del paziente e l'attività fisioterapica svolta, utili ai fini delle dimissioni precoci; monitora il dolore tramite scala VAS e riportando il dato giornalmente sempre nella medesima scheda fisioterapica; ed istruisce il paziente e il suo eventuale caregiver riguardo gli esercizi da effettuare in autonomia e le modalità corrette per la mobilitazione nel letto e da seduto per prevenire la lussazione della protesi; infine addestra entrambi al corretto utilizzo degli ausili prescritti.

7.8 ASSISTENZA

7.8.1 ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PS

INFERMIERE DI TRIAGE

Il processo di Triage seguirà il modello globale secondo il Manuale Regionale Triage intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici.

Le fasi del triage sono da eseguire in maniera consequenziale e in caso di grave peggioramento del paziente le fasi possono essere interrotte per accelerare l'inizio dei trattamenti; pertanto, qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa.

Al fine di garantire la tracciabilità e la trasparenza del triage, tutte le attività e le successive rivalutazioni vanno documentate tramite sistema informativo gipse-web.

Relativamente ai dati anagrafici utili all'identificazione del paziente, questi devono essere raccolti secondo le indicazioni previste dal Documento di Indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita della Regione Lazio (Determina Regionale n. G09956, 2021) e alla procedura per la corretta identificazione del paziente in Pronto Soccorso (IO A PRO_01 per PO San Filippo Neri) a cui si rimanda per una trattazione esaustiva dell'argomento paziente. L'infermiere di triage procede con il posizionamento del braccialetto identificativo.

L'infermiere di triage, dopo attenta valutazione del paziente e tenuto conto dei criteri che indicano il trauma maggiore, (tab 1- allegato 1), e della scheda per la valutazione dei parametri vitali (tab 2- allegato 1), procede all'attribuzione del codice numerico seguendo la scheda sintomo *trauma e ferite* (tab 3- allegato 1). Posiziona un accesso periferico, applica le scale del dolore che ha a disposizione in gipse-web (NRS o PAINAD- allegato 1) e somministra paracetamolo 1 gr ev se non controindicato. (controindicazioni al paracetamolo: → allergia o favismo)

- In caso di sospetto frattura del femore, in assenza di trauma maggiore e a paziente emodinamicamente stabile, l'infermiere triagista assegnerà il paziente direttamente al percorso "Box Ortopedico" per una presa in carico diretta da parte dello specialista, seguendo i protocolli interni in essere presso i Pronto Soccorso. Il codice 2 permetterà l'accesso al Box Ortopedico entro 15 minuti.
- Nel caso in cui si presenti una condizione di instabilità clinica che prevede l'attribuzione di un codice 1 o il paziente rientri nei criteri del trauma maggiore, la presa in carico sarà del medico d'urgenza, dunque l'infermiere di triage assegnerà il paziente alla sala d'emergenza.
- Nel caso in cui il paziente presenti altri traumi quali trauma cranico, toracico, addominale o condizioni cliniche che abbiano determinato una caduta non accidentale, ad eccezione del codice 1 sopra citato, saranno effettuate le valutazioni secondo la scheda trauma e, dove indicato, secondo la scheda di triage di riferimento del sintomo che ha determinato la caduta e il trauma.

INFERMIERE DI PS

L'infermiere di PS che prende in carico il paziente, provvederà a:

1. Stabilizzare il paziente: monitoraggio dei parametri vitali e somministrazione delle terapie prescritte
2. Ridurre al minimo il dolore: fare riferimento alle scale di valutazione del dolore in uso in PS e presenti in gipse-web e procedere alla somministrazione dell'antidolorifico prescritto
3. Gestire l'immobilizzazione del paziente in base al tipo di frattura e secondo quanto indicato dallo specialista ortopedico.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 18 di 25
---	-------------------------	-----------------------	---------------

4. Prevenire complicanze, come l'insorgenza di LDP. Dopo opportuna valutazione tramite scheda di Braden, prevedere il posizionamento di un MAD, in caso di permanenza del paziente in PS oltre le 8 ore
5. Preparare il paziente per trattamenti successivi come interventi chirurgici. L'infermiere del Box Ortopedico procederà con l'esecuzione di un ECG, con il monitoraggio dei parametri vitali, con il posizionamento di un catetere vescicale, secondo le indicazioni della procedura aziendale *"Prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vescicale"*
6. Garantire idratazione e il rispetto del digiuno per l'intervento chirurgico.
7. Garantire la presenza del caregiver in caso di paziente non collaborante
8. Garantire la privacy del paziente in tutte le fasi assistenziali
9. Documentare tutte le fasi dell'assistenza sul sistema informativo gipse-web

Attività pre-operatorie	Attività intra-operatorie		Attività post-operatorie
Tutte le attività infermieristiche vengono riportate nella cartella informatizzata; Riscaldamento del paziente			
L'infermiere della recovery room:	Infermiere strumentista:	Infermiere di sala:	Infermiere della recovery room

SIGN-IN	TIME OUT (prima dell'incisione)	SIGN OUT (immediatamente dopo l'intervento)
▪ Accogli nel reparto operatorio ▪ Identifica del paziente e del sito chirurgico ▪ Chiede se presenti allergie ▪ Controlla i consensi (all'intervento; anestesiológico, alla trasfusione di emoderivati) ▪ Verifica la completezza documentazione clinica del paziente ▪ Controlla che il paziente sia digiuno e che non indossi monili, protesi (acustiche, dentiere, lenti a contatto) ▪ Accesso venoso periferico ▪ Antibiotico profilassi (prescritta dall'anestesista al SFN/ dall'ortopedico al SSpirito) ▪ Monitoraggio parametri vitali ▪ Assistenza all'analgesia e anestesia (blocchi periferici/ centrali /AG)	• Prepara i servitori e di tutto il materiale occorrente per l'intervento. • Ulteriore controllo della sterilità e del materiale occorrente.	Sulla base della valutazione del medico anestesista il paziente può essere trasferito: 1. nel reparto di provenienza 2. in TIPO 3. in recovery room 1. Se trasferito nel reparto di provenienza, l'infermiere di sala in collaborazione con l'infermiere della recovery room, raccoglie tutta la documentazione del paziente e provvede al suo trasferimento. 2. Se trasferito in TIPO, l'anestesista coordina l'infermiere di recovery e il personale di supporto al trasferimento 3. Se trasferito nella recovery room: -Accoglie il paziente -Monitora i parametri vitali e lo stato di coscienza. -Valuta il dolore con scala numerica -Riscalda il paziente -Somministrare eventuali farmaci prescritti od eventuali esami ematochimici richiesti dall'anestesista -Controllare la presenza di drenaggi e lo stato della medicazione chirurgica

7.8.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA

▪ Conferma del paziente procedura e sito chirurgico ▪ Consensi (anestesiológico, chirurgico, trasfusione) ▪ Sicurezza dell'anestesia ▪ Identificazione dei rischi ▪ Presentazione dell'equipe ▪ Profilassi antibiotica	▪ Conferma finale dell'equipe, del paziente, del sito e procedura chirurgica	• Valutazione dei parametri vitali • Gestione di dispositivi • Controllo delle perdite • Tracciabilità dei campioni biologici • Esami di controllo postoperatori
---	--	--

7.8.3 ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN REPARTO

Fin dal ricovero del paziente, il personale infermieristico elabora il piano di assistenza con il fine di garantire cure sicure efficaci e personalizzate, nel rispetto della dignità e dei bisogni della persona. Il personale infermieristico interviene attivamente in ogni fase del ricovero ed eroga l'assistenza, avvalendosi ove necessario del personale di supporto, in molteplici ambiti:

- Ricovero, presa in carico e pianificazione assistenza di base
- Monitoraggio parametri vitali, somministrazione della terapia e prelievi ematici come da prescrizione medica
- Prevenzione/cura alle infezioni attraverso la gestione del catetere vescicale, degli accessi vascolari e della ferita chirurgica
- Prevenzione/cura delle Lesioni da Pressione e Prevenzione e gestione del delirium
- Prevenzione tromboembolismo venoso, mobilitazione e gestione del dolore secondo prescrizione medica
- Comfort, educazione sanitaria e relazione con familiari/care-giver

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 22 di 25
---	----------------------------	--------------------------	------------------

ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE IN REPARTO	PREOPERATORIO		POSTOPERATORIO	
	giorno precedenti	giorno dell'intervento	giorno dell'intervento	giorni successivi
•Identificazione del paziente con braccialetto •Intervista ed assessment del paziente •Elaborazione del Piano Assistenziale •Segnalazione allergie farmacologiche- alimentari- contatto •Rilevazione parametri vitali •Valutazione e compilazione scheda BRASS (procedura I A 03 "La valutazione dell'Indice di BRASS: identificazione del rischio di dimissione difficile nei PP.OO. A gestione diretta") •Valutazione rischio LDP (Piano Aziendale per la Prevenzione e la Gestione delle lesioni da pressione) •Valutazione e segnalazione abitudini alimentari, prenotazione del vitto •Valutazione presenza di Catetere Vescicale e gestione secondo le procedure aziendali (Procedura PRO CC-ICA N.2 Procedura aziendale prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vescicale) •Valutazione patrimonio venoso e Gestione accesso vascolare (PRO CC-ICA n5 "Procedura per la programmazione, posizionamento, gestione e rimozione degli accessi vascolari) (PRO CC-ICA n. 1 Procedura per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari) •Valutazione presenza di presenza di protesi dentarie ed acustiche (firma della Scheda consegna/presa in carico di protesi mobile e dentaria o protesi acustica) •Valutazione e gestione del dolore (secondo prescrizione medica) •Valutazione, gestione e prevenzione del delirium preoperatorio •Prevenzione delle cadute (Procedura n13 da raccomandazione ministeriale "Procedura per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie-PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE") •Comunicazione e supporto al paziente ed ai familiari •Somministrazione terapia come da prescrizione medica	•Profilassi antitrombotica come da prescrizione medica (vedi procedura aziendale (PG_SPRM_09 "Profilassi del tromboembolismo venoso-tev- nei pazienti candidati ad intervento chirurgico" e MR_PG_SPRM_09/3 Profilassi TEV in chirurgia ortopedica) •Esami ematici pre operatori se prescritti •Monitoraggio Parametri Vitali •Controllo diuresi •Monitoraggio condizioni locali e generali •Valutazione e gestione del dolore (secondo prescrizione medica) •Igiene preoperatoria (PG_SQRM_16 "Bundle di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico") •Valutazione, gestione e prevenzione del delirium pre operatorio •Preparazione paziente all'intervento in reparto" •Comunicazione del digiuno	•Somministrazione terapia come da prescrizione medica •Monitoraggio Parametri Vitali •Controllo diuresi •Monitoraggio condizioni locali e generali •Valutazione e Gestione del dolore (secondo prescrizione medica) •Igiene preoperatoria (vedi procedure aziendali "PG_SQRM_16 "Bundle di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico") •Verifica rispetto del digiuno •Profilassi antibiotica se prescritta. •Compilazione e rispetto delle indicazioni della Check List" Percorso intervento chirurgico" di preparazione all'intervento chirurgico sezione "Doppio controllo pre operatorio GIORNO INTERVENTO" •Comunicazione ed educazione sanitaria al paziente ai familiari/caregiver •Affidamento del paziente al personale della sala operatoria	•Ricezione del paziente dalla sala operatoria •Valutazione stato di coscienza •Monitoraggio Parametri Vitali e sorveglianza •Controllo neurovascolare arto operato (colore, polso, sensibilità e mobilità) •Controllo medicazione ferita chirurgica (PRO CC-ICA n7 "Procedura per la gestione delle ferite chirurgiche" e PG_SQRM_16 "Bundle di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico") •Valutazione del dolore •Compilazione e rispetto delle indicazioni della Check List "Percorso intervento chirurgico", sezione "Check list post operatoria" •Somministrazione terapia come da prescrizione medica •Controllo diuresi e gestione del CV •Consultazione ed applicazione delle indicazioni riportate nella Cartella Anestesiologica nella sezione "Indicazioni per il reparto" e nel diario medico. •Consultazione ed applicazioni delle indicazioni sulla mobilitazione del paziente riportate nella "Scheda indicazioni Post Operatorie" •Prelievi ematici post operatori se prescritti •Idratazione e rialimentazione se prescritta •Valutazione, gestione e prevenzione del delirium post operatorio •Comunicazione ed educazione sanitaria al paziente ai familiari/care giver per ridurre ansia incertezza e chiarire i percorsi - Controllo e gestione accessi vascolari	•Controllo e gestione della medicazione ferita chirurgica secondo le procedure aziendali •Esami ematici post operatori di 1° giornata e come da prescrizione medica •Monitoraggio Parametri Vitali •Valutazione e gestione del dolore su prescrizione medica •Valutazione, gestione e prevenzione del delirium post operatorio (secondo prescrizione medica) •Somministrazione della terapia (come da prescrizione medica) -profilassi antibiotica -prevenzione stipsi -profilassi TEV •Controllo Neurovascolare arto operato (colore, polso, sensibilità e mobilità) •Controllo diuresi e gestione del CV •Gestione della Ferita Chirurgica •Gestione e prevenzione Lesioni da pressione •Controllo e gestione degli accessi vascolari •Mobilitazione post operatoria secondo le indicazioni ortopediche riportate nella "Scheda indicazioni post Operatorie" •Comunicazione ed educazione sanitaria al paziente ai familiari/care giver per le procedure ed collaborazione con l'equipe in previsione della dimissione

L'ASSISTENZA È EROGATA H 24 E DEVE ESSERE DOCUMENTATA IN CARTELLA CLINICA ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE ED APPLICATIVI AZIENDALI

8. INDICATORI

INDICATORE	RAZIONALE	DESCRIZIONE	STANDARD	PERIODICITÀ	RESPONSABILE
- percentuale di pazienti con frattura di collo femore operati entro 48h dall'accesso in PS (P.Re.Val.E.)	-l'intervento entro 48h riduce le complicanze e migliora outcome	- n. pazienti con frattura di collo del femore operati entro le 48h - n. pazienti operati per frattura di collo femore	≥70%	semestrale	Responsabile del PDTA
- gestione del dolore entro 1 ora dall'accesso in PS	- assicurare un'analgesia immediata e duratura migliora il confort del paziente, riduce il delirium, favorisce la mobilitazione precoce	- n pazienti con frattura di collo femore trattati con analgesici e/o blocchi periferici antalgici	≥70%	annuale	Responsabile del PDTA
- chiusura casi in PS entro 8 ore	- favorire l'iter in PS dei pazienti con frattura di collo femore e il rapido turnover del PS	- n. dei pazienti che sostano in PS □ 8 ore	≥ 80%	semestrale	Responsabile del PDTA

9. REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata a cadenza biennale e in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

10. RIFERIMENTI

10.1 RIFERIMENTI INTERNI

- Procedura I A 03 “La valutazione dell'Indice di BRASS: strumento per l'identificazione del rischio di dimissione difficile nei PP.OO. A gestione diretta” 2025
- PRO CC-ICA N.2 Procedura aziendale prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vescicale rev2 del 2025
- Procedura ASL ROMA I “Profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti candidati ad intervento chirurgico” Rev.1 del 05.12.2024
- PG SQRM 29 “Procedura operativa aziendale per i processi di transitional care” 2023
- Linee di indirizzo per il paziente diabetico condivise SFN 2023
- Piano Aziendale per la Prevenzione e la Gestione delle lesioni da pressione 2023
- Procedura ASL ROMA I “Sicurezza in ALR” Rev.2 del 10.01.2022.
- PRO CC-ICA n5 “Procedura per la programmazione, posizionamento, gestione e rimozione degli accessi vascolari” 2022
- PRO CC-ICA n7 “Procedura per la gestione delle ferite chirurgiche” 2022
- PRO CC-ICA n. 1 Procedura per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari rev 1 del 28/09/2021
- Procedura per la corretta identificazione del paziente in Pronto Soccorso SFN IO A PRO_01) REV 0 2021
- PG_SQRM_16 “Bundle di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico” 2020
- Procedura ASL ROMA I “Gestione perioperatoria della terapia antiaggregante ed anticoagulante Rev.0 del 10.01.2019.
- “Gestione del paziente fragile candidato ad intervento chirurgico 2018
- ASL Roma I “Protocollo di ammissione e dimissione dai reparti intensivi - 2018

10.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine E-B Guidelines 2025
<https://rapm.bmj.com/content/early/2025/01/21/rapm-2024-105766>

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 24 di 25
---	----------------------	-----------------------	---------------

2. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guidelines for perioperative Cardiovascular management for noncardiac surgery
3. NICE Hip Fracture: Management. Clinical Guidelines 06 January 2023
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>
4. Manuale Regionale Triage Intraospedaliero Modello Lazio a Cinque Codici (numerici/colore). Determina n. G01369 del 06/02/2023
5. Raccomandazione ministeriale n°5 – Procedura n°5: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 - PG_SQRM Rev. n. 03 del 01/12/2022
6. SIOT 2022 Linee Guida Frattura di Femore Proximale nell'anziano
<https://siot.it/wp-content/uploads/2022/01/LG-380-SIOT-Fratture-Femore-anziano.pdf>
7. Regional anaesthesia in patients on antithrombotic drugs EJA 2022
8. 2021 European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation
9. Documento di Indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita della Regione Lazio. Determina Regionale n. G09956, 2021
10. Raccomandazione Ministeriale n.3 – Procedura n°3: Corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura 2020
11. Rossini R, Tarantini G, Musumeci G et al. A multidisciplinary approach on the perioperative antithrombotic management of patients with coronary stents undergoing surgery. Surgery after stenting 2. JACC Cardiovasc Interv 2018;11: 417-34.
[11]
[SEP]
12. A.U. Behr et al. La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. Buone pratiche cliniche SIAARTI 2018
13. Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. Intern Emerg Med. 2018 Jan;13(1):113 – 121
14. Raccomandazione n° 13 del Ministero della Salute Procedura n° 13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE) – 2017
15. JG et al. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. Cochrane Database of Systematic Review 2016
<https://share.google/PBJ6AUHx5labyeAsg>
16. Safety guideline: reducing the risk from cemented hemiarthroplasty for hip fracture 2015

10.3 RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge n°219/2017 art. 3, c. 5

11. ALLEGATI

Allegato 1: Scala NRS

Allegato 2: Linee di indirizzo per il paziente diabetico

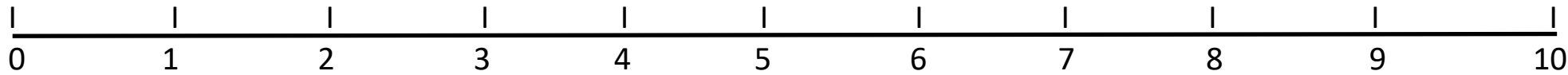
Allegato 3: 4AT Test per la valutazione del delirium e del deficit cognitivo

Allegato 4: Informativa sulla privacy

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDPA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 25 di 25
---	-------------------------	-----------------------	---------------

ALLEGATO I.

Scala NRS



PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia

RESPIRO (indipendente dalla vocalizzazione)	0	☐ Normale
	1	☐ Respiro a tratti alterato, Brevi periodi di iperventilazione
	2	☐ Respiro alterato, Iperventilazione, Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	0	☐ Nessuna
	1	☐ Occasionali lamenti, Saltuarie espressioni negative
	2	☐ Ripetuti Richiami, Lamenti, Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	0	☐ Sorridente o inespressiva
	1	☐ Triste, ansiosa, contratta
	2	☐ Smorfie
LINGUAGGIO DEL CORPO	0	☐ Rilassato
	1	☐ Teso, Movimenti nervosi, Irrequietezza
	2	☐ Rigidità, agitazione, Ginocchia piegate, Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITÀ	0	☐ Non necessita di consolazione
	1	☐ Distratto o rassicurato da voce o tocco
	2	☐ Inconsolabile: non si distrae né si rassicura

Punteggio: 0 nessun dolore; 10 massimo dolore

Scala NRS rielaborata da Downie WW et al. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978 Aug; 37(4):378-381. doi: 10.1136/ard.37.4.378

ALLEGATO I.

TABELLA 1 – CRITERI DI TRAUMA MAGGIORE	
<i>Criteri legati a parametri fisiologici</i>	Revised Trauma Score < 11 Ipotensione PAS < 90 mmHg Distress respiratorio < 10 atti/min o >29 atti/min Glasgow coma scale <= 13
<i>Criteri legati a condizioni anatomiche</i>	Trauma penetrante di capo, collo, tronco, arti prossimali a ginocchio e gomito Fratture aperte o depresse del cranio Meccanica respiratoria alterata e/o Lembo costale Frattura instabile di bacino 2 o più fratture di ossa lunghe prossimali Schiacciamento, scuoiamento, mutilazione di un arto, o assenza di polsi Amputazione prossimale a ginocchio e gomito; Paralisi Emorragia esterna maggiore Ustioni gravi
<i>Criteri dinamici legati al meccanismo del trauma</i>	Cadute ≥ 3 metri di altezza Intrusione di parti meccaniche o altri materiali verso l'abitacolo ed eiezione del paziente dall'auto Deceduti nello stesso veicolo Deformità del veicolo compatibile con alto rischio di lesioni Dinamica ad alta velocità
<i>Criteri legati a fattori di rischio</i>	Età <5 Gravidanza Utilizzo di anticoagulanti o alterazione della coagulazione; Comorbidità per patologie croniche o assunzione di farmaci

Il trauma minore comprende tutte le situazioni di stabilità clinica che non includono i criteri citati nella tabella precedente.

Manuale Regionale Triage intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici Determina n. G01369 del 06/02/2023

ALLEGATO I.

TABELLA 2 A 3 - PARAMETRI VITALI PER ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITA'						
VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	Pervie	pervie	Pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR atti/min	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50, ≥ 110 - < 160, ≥ 90 < 110 + aritmia*	> 50 - < 60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥ 60- < 90 non aritmia	≥ 60- < 90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤ 90 Indice di shock ≥ 1 > 200 - < 250	> 90 ≤ 105 Indice di shock < 1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤ 11	12-13	14	15	15
E	TC °C	< 35°	35°-35.5° > 39,5°	38.0° - 39,5° C	< 38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala		8-10	4-7	1-3	dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	> 80	> 80
			High o > 300 + sintomi°	> 300 no sintomi°	< 300	
Età	anni			> 75^		

Manuale Regionale Triage intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici Determina n. G01369 del 06/02/2023

ALLEGATO I.

TABELLA 3		TRAUMA E FERITE				
CODICE TRIAGE		1	2	3	4	5
Parametri Vitali		Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
Caratteristiche del Sintomo/ Segno Principale	TESTA	Ferita penetrante della testa Avvallamento del cranio	Ferita del cuoio capelluto con amnesia retrograda o anterograda	Ferita del cuoio capelluto senza disturbi neurologici	Ferite superficiali senza perdita ematica	Escoriazioni Abrasioni
	FACCIA	Ferita penetrante del globo oculare	Ferita del globo oculare Trauma facciale e/o depressione con alterazione della fisionomia. Ferita del naso con epistassi massiva Amputazione del padiglione auricolare. Otorrea/otorragia	Ematoma orbitario Sublussazione della mandibola Ferita del naso con modesta epistassi Otorragia proveniente dall'orecchio esterno Escissione del lobo auricolare	Ferite superficiali	Escoriazioni Abrasioni
	COLLO	Deviazione della trachea Turgore delle vene giugulari Ferite piani profondi del collo Trauma cervicale con sintomi mielici	Parestesie Ematoma del collo Enfisema sottocutaneo	Limitazione della mobilità passiva	Ferite superficiali Sintomi da contrattura	Escoriazioni Abrasioni
	TORACE	Ferita penetrante Trauma spinale con sintomi mielici	Trauma chiuso con distress respiratorio Enfisema sottocutaneo	Trauma chiuso senza distress respiratorio	Ferite superficiali Sintomi da contrattura	Escoriazioni Abrasioni
	ADDOME	Ferita penetrante Trauma spinale con sintomi mielici	Trauma chiuso con segni di contrattura addominale	Trauma chiuso senza segni di contrattura addominale	Ferite superficiali Sintomi da contrattura	
	PELVI ED ARTI	Trama aperto del bacino Amputazioni maggiori Ferita da scoppio delle mani Arto disassiato o con deformità ossea senza polso Sospetta frattura multipla di ossa lunghe o frattura esposta delle ossa lunghe o del bacino	Ipermobilità della pelvi alla pressione sulle ali iliache Deformità articolazioni maggiori Arto disassiato o con deformità con polso Impossibilità articolare di spalla gomito e anca Ferite penetranti Sospetta Frattura di ossa lunghe Amputazione falangea	Trauma stabile del bacino Traumi con limitazione funzionale Ferita degli arti con modesta perdita ematica Trauma vaginale in assenza di criteri per codice superiore	Trauma con sintomatologia dolorosa Ferite superficiali Sintomi da contrattura	Escoriazioni Abrasioni Trauma senza limitazione funzionale

Manuale Regionale Triage intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici Determina n. G01369 del 06/02/2023

Linee di indirizzo per il paziente diabetico convivente

UOC Diabetologia e Dietologia

Direttore dott. Lelio Morviducci

Linee di indirizzo ispirate ad un documento del 2022 redatto dal Gruppo Diabete e Inpatient di AMD (Associazione Medici Diabetologi)

Percorso perioperatorio per i pazienti con iperglicemia che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico

Preospedalizzazione

- Determinare la HbA1c, se non effettuata nei tre mesi precedenti nei diabetici noti o, in assenza di diabete noto, se la glicemia maggiore di 125 mg/dL
- Valutare presenza di comorbidità e/o complicanze del diabete
- Definire il trattamento ipoglicemizzante durante il ricovero in funzione della terapia in corso e della tipologia dell'intervento
- Attivare la consulenza diabetologica in caso di glicata > 7,5% e/o glicemia a digiuno > 180 mg/dL o per modifica della terapia ipoglicemizzante o in caso di complicanze del diabete (chi non deve fare la valutazione diabetologica: proposta operativa, vedi di seguito alla fine*)
- Ottimizzare il controllo del diabete se HbA1c > 8,5% a meno che l'intervento sia non procrastinabile
- Valutare day-surgery quando possibile
- Pianificare le tempistiche della chirurgia
- Condividere il piano con il paziente, i parenti e tutto lo staff
- Valorizzare il ricovero in chirurgia come un'occasione per stimolare la persona al controllo del peso corporeo, alla pratica dell'esercizio

In reparto

- Mantenere la glicemia capillare tra 140 e 180 mg/dL
- Monitorare la glicemia capillare, il profilo renale, i lattati, i chetoni nei pazienti in situazioni di emergenza
- Assicurarsi che i pazienti con DM1 non abbiano sospeso l'insulina
- Instaurare la terapia ipoglicemizzante appropriata alle esigenze del paziente

Durante l'intervento e nel postoperatorio

- Minimizzare il periodo di digiuno
- Mantenere la glicemia capillare tra 140 e 180 mg/dL
- Ottimizzare le procedure per una precoce ripresa dell'idratazione, dell'alimentazione e della mobilizzazione
- Fare riferimento, se necessario, al team diabetologico
- Proteggere le zone sottoposte a pressione, con particolare attenzione alla prevenzione delle lesioni a carico del piede

In dimissione

- Riallineare la terapia ipoglicemizzante instaurata durante il ricovero con quella abituale
- Programmare la dimissione protetta facendo riferimento al Servizio di Diabetologia se necessario
- Specificare nella lettera di dimissione, dopo aver condiviso con il paziente/caregiver:
 - tutte le modifiche terapeutiche
 - piano per la presa in carico da parte del MMG e/o della Struttura Diabetologica
 - modalità dell'autocontrollo

Percorso perioperatorio - Chirurgia di elezione – Preospedalizzazione

Ottimizzare l'equilibrio metabolico nei diabetici in lista di attesa (preospedalizzazione)

- a. Per i pazienti con diabete noto tra gli esami di routine pre-ricovero includere la determinazione della HbA1c, se non effettuata nei tre mesi precedenti.
- b. Per i pazienti senza diabete noto che presentino una glicemia a digiuno > 125 mg/dL, ripetere il dosaggio della glicemia ed effettuare il dosaggio della emoglobina glicata (HbA1c) per individuare un diabete misconosciuto.
- c. *Per le gliflozine* recentemente l'FDA raccomanda di sospendere il farmaco 3 giorni prima dell'intervento (e per *ertugliflozin* 4 giorni prima). Per le sulfaniluree, le glinidi e acarbiosio sospendere l'eventuale dose della mattina se il paziente non si alimenta.
Sospendere GLP1-RA se l'intervento coinvolge apparato gastrointestinale 7 giorni prima o 24 ore prima a seconda della durata d'azione
Se l'intervento è di chirurgia minore e il paziente presenta un compenso metabolico soddisfacente è sufficiente sospendere la metformina 24 ore prima dell'intervento e reinserirla quando il paziente si rialimenta, mentre DDP4-I, GLP1-RA e pioglitazone possono essere mantenuti.
Se l'intervento è di chirurgia maggiore sospendere la metformina 48 ore prima dell'intervento
- d. Attivare, prima del ricovero, una consulenza diabetologica in caso di:
 - paziente che deve essere sottoposto ad intervento di chirurgia minore o maggiore e presenta valori elevati di glicemia (>180 a digiuno mg/dL) e/o HbA1c $>7.5\%$ al fine di ottimizzare la terapia e non dilazionare i tempi dell'intervento dopo il ricovero.
 - paziente in trattamento con microinfusore di insulina
 - paziente con complicanze della malattia diabetica
- e. Sospendere la metformina (come da indicazioni AIFA):
 - 48 ore prima dell'intervento chirurgico con anestesia generale, spinale o epidurale, ricominciare 24-48 ore dopo l'intervento e comunque dopo la ripresa dell'alimentazione orale, e solo dopo che sia stata verificata la funzionalità renale
 - 48 ore prima di un intervento che preveda l'uso di un mezzo contrasto iodato per via arteriosa e ricominciare 24-48 ore dopo e solo dopo che sia stata verificata la funzionalità renale
 - in tutte quelle condizioni che possono alterare la funzione renale: ipotensione grave, disidratazione, infezioni gravi, altre procedure
- f. È consigliabile rinviare l'intervento se glicemia a digiuno > 200 mg/dL e/o emoglobina glicata $>8,5\%$, a meno che vi siano condizioni che lo rendano non procrastinabile
- g. Se compatibile con il tipo di intervento e con l'organizzazione del reparto effettuare il ricovero la mattina stessa dell'intervento, anche al fine di ridurre possibili errori terapeutici.
- h. Predisporre l'intervento del paziente diabetico possibilmente come primo della lista, al fine di ridurre al minimo il digiuno preoperatorio
- i. Prediligere, ove possibile, una anestesia locale o da blocco centrale alla anestesia generale
- j. Assicurare la ripresa dell'alimentazione il prima possibile

Percorso perioperatorio - Chirurgia in urgenza.

- Escludere segni clinici di cheto acidosi (glicemia >250 mg/dL, pH <7.30 , Bicarbonati < 15 mmol/l, chetonemia >3 mmol/l o chetoni urinari $>2+$) o sindrome iperosmolare (marcata iperglicemia >600 mg/dL, ipovolemia, Osmolarità >320 mOsm/kg, pH >7.30 , Bicarbonati >15 mmol/l, chetonemia <3 mmol/l o chetonuria assente).
- Valutare glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, EGA (ricordare che una chetoacidosi può essere confusa con un addome acuto non chirurgico).
- Iniziare l'idratazione appena possibile.
- Iniziare la terapia insulinica e.v. e, se l'intervento è differibile, attendere che i valori glicemici siano accettabili (<200 mg/dL).
- Se intervento non è differibile iniziare immediatamente, in corso di terapia reidratante, e con il protocollo di infusione d'insulina e.v..
- Seguire le indicazioni per Chirurgia Maggiore per le fasi intraoperatoria e postoperatoria.

FLOWCHART

Si consulenza diabetologicaNO consulenza diabetologica

Diabete Tipo 2



Sospendere metformina
48 h prima intervento di
chirurgia maggiore,
anestesia generale,
spinale o epidurale; 24 h
prima di intervento di
chirurgia minore

**Terapia con dieta e/o
metformina in discreto
compenso (FG <150 mg/dl,
HbA1c <7.5% - 58 mmol/mol)**

Scompenso (glicemia
>180 mg/dl e/o HbA1c
>7.5% - 58 mmol/mol)

Microinfusore di
insulina

Complicanze del
diabete

Terapia con
sulfaniluree o glinidi,
SGLT-2i, GLP1-RA se
in scompenso (vedi
sopra)

**Continuare acarbosio,
pioglitazone, DPP-4i
(sulfaniluree e glinidi)**
finchè il paziente si
alimenta

**Terapia con acarbosio,
pioglitazone e/o DPP-4i**

Sospendere le gliflozine
3 giorni prima
dell'intervento (e per
ertugliflozin 4 giorni
prima)

Sospendere GLP1-RA
se l'intervento coinvolge
apparato
gastrointestinale 7
giorni prima o 24 ore
prima a seconda della
durata d'azione

DPP4i, SGLT2i, GLP1-RA: Nomi Commerciali

DPP4i

Alogliptin: Vipidia

Linagliptin: Trajenta

Saxagliptin: Onglyza

Sitagliptin: Januvia, Xelevia, Tesavel, Meliglix

Vildagliptin: Galvus

DPP4i+Metformina

Alogliptin + MF: Vipdomet

Linagliptin + MF: Jentadueto

Saxagliptin + MF: Komboglyze

Sitagliptin + MF: Efficib, Janumet, Velmetia

Vildagliptin + MF: Eucreas

Dpp4i+Pioglitazone

Alogliptin + Pioglitazone: Incresync

SGLT2i

Dapagliflozin: Forxiga 10 mg

Canagliflozin: Invokana 100/300 mg

Empagliflozin: Jardiance 10/25 mg

Ertugliflozin : Steglatro 5/15 mg

SGLT2i+Metformina

Dapagliflozin + MF: Xigduo

Canagliflozin + MF: Vokanamet

Empagliflozin+MF: Synjardy

Ertugliflozin+MF: Segluromet

SGLT2i+DPP4i

Empagliflozin+Linagliptin: Glyxambi

Dapagliflozin+Saxagliptin: Qtern

GLP1-RA

Exenatide: Byetta

Lixisenatide: Lyxumia

Liraglutide: Victoza, Saxenda

Exenatide LAR: Bydureon

Dulaglutide: Trulicity

Semaglutide: Ozempic

Semaglutide orale: Rybelsus



SETTIMANALI

GLP1-RA + insulina basale

Liraglutide + degludec: Xultophy

Lixisenatide + glargine: : Suliqua



**Test per la valutazione
del delirium &
del deficit cognitivo**

(etichetta)

Nome del paziente:

Data di nascita:

Numero:

Data: ora:

Valutatore:

Cerchiare la risposta corretta

[1] VIGILANZA

Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormenti durante l'esecuzione del test, all'agitazione /iperattività). Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di ripetere il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione.

Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)	0
Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale	0
Chiaramente anomala (iperattivo, agitato o marcatamente soporoso)	4

[2] AMT4

Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.

Nessun errore	0
1 errore	1
≥2 errori/ instabile	2

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre"

Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno a ritroso	è in grado di ripetere senza errori ≥7 mesi	0
	Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare	1
	test non effettuabile (paziente indisposto, assennato o disattento)	2

[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive -comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	0
Si	4

≥4: possibile delirium +/- deficit cognitivo

1-3: possibile deficit cognitivo

0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)

Punteggio 4AT

NOTE PER L'USO. Versione 1.2. Informazioni e download al sito: www.the4AT.com

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo. Un punteggio ≥4, ancorché non diagnostico, suggerisce la presenza di delirium: una valutazione più dettagliata dello stato mentale è richiesta per ottenere la diagnosi. Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitivo e impone una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale. Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitivo: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contesto clinico. Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione *del paziente all'atto della valutazione*. L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc). L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione del test e nell'interpretazione dei risultati. **Vigilanza:** un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4. **Cambiamento acuto o decorso fluttuante:** una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium. Per elicitar la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a da qualcosa o qualcuno?"; "Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?" Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

Bellelli, G., Morandi A., (2016). 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia.

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

ALLEGATO 4: INFORMATIVA SULLA PRIVACY

INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specifica finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei è affetto;

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 1 di 4
---	----------------------	-----------------------	-------------

- favorire una attività preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti della ASL ROMA I nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privacy ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonché, volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalità di ricerca.

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 “Presa d’atto dell’Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto “La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d’iniziativa” e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 “Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità” della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma I (di seguito anche solo “Asl”) e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo “PDTA”). Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all’ Asl di Roma I, anche appartenenti a categorie particolari – relativi all’interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest’ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

L’adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l’accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all’atto dell’attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell’ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l’ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 2 di 4
---	----------------------------	--------------------------	-------------

quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma I, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma I presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo dpo@asl.roma1.it nonché, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente in _____, alla via _____,
n. _____, CAP _____, recapiti telefonici _____, e-mail
(facoltativo) _____, in qualità di _____

DICHIARO

- di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;
- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso;
- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 3 di 4
---	----------------------------	--------------------------	-------------

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed esecuzione del PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE

- ☐ SI
☐ NO

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle presenti informazioni.

☐ presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)

☐ non presta il consenso

Firma (*leggibile*) _____

Firma di chi riceve il consenso _____

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE	PDTA FRATTURA FEMORE	Rev. 0 del 18.12.2025	Pag. 4 di 4
---	----------------------------	--------------------------	-------------