**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLA FRATTURA DI FEMORE**

**NELL’OSPEDALE DI MELFI - AUDIT CLINICO (LINEA GUIDA - NICE 2011**

**E INDICAZIONI AGENAS 2012)**

**ver.dell’10-12-2012**

**Accettazione in PSA paziente con sospetta frattura di femore**

valutazione del dolore con scheda numerica verbale riportando il relativo valore in cartella

-immediatamente a tutti i pazienti (inclusi pazienti con deterioramento cognitivo) (PS-OBI)-annotare se effettuata dal 118

-entro 30’ dalla somministrazione iniziale di analgesia

-ogni ora fino alla stabilizzazione in reparto

-regolarmente come parte dell’osservazione infermieristica di routine in tutta l'ammissione

**Analgesia preoperatoria**

-sollievo del dolore con paracetamolo ogni 6 ore (salvo controindicazioni)

-sollievo del dolore con eventuale aggiunta di oppioidi

RMN in caso di indisponibilità della TAC entro le

24 ore

**Diagnostica per immagini nella frattura occulta**

-rx anca assiale e del bacino antero-posteriore

-se rx negativo TAC o RM entro 24 ore (previa valutazione ortopedica)

**valutazione anestesiologica ed internistica**

-identificazione e trattamento delle malattie concomitanti commutabili immediatamente (anemia, terapia anticoagulante,disidratazione,squilibrio elettrolitico,diabete non controllato scompenso cardiaco,aritmia o ischemia cardiaca correggibile, infezione acuta del torace, riacutizzazione di patologie croniche del torace

-protocolli per la gestione dei pazienti in terapia con anticoagulanti ed antiaggreganti

-consulenza cardiologica di routine o ecocardiogramma

**Gestione multidisciplinare della frattura dell’anca**

-valutazione anestesiologica ≤ 24 ore

**-**valutazione internistica rapida

-rapida ottimizzazione per l’idoneità all’intervento chirurgico

-precoce individuazione degli obiettivi riabilitativi in accordo con i fisioterapisti per il recupero della mobilità e indipendenza (da annotare in cartella clinica)

-revisione continua coordinata (internistica e chirurgica)

-rapida valutazione psichiatrica se necessaria

**Valutazione rischi di future fratture attraverso la tecnica diagnostica MOC**

**Dimissione** **precoce supportata/a domicilio**

**Attività di riabilitazione in ortopedia**

**Analgesia postoperatoria**

-paracetamolo ogni 6 ore dopo l’intervento (salvo controindicazioni)

-sollievo del dolore con eventuale aggiunta di oppioidi

-no farmaci non-steroidei anti-infiammatori

**Procedure chirurgiche**

con l’obiettivo di consentire loro di sopportare pienamente il peso (senza restrizione) nell’immediato post-operatorio

**Anestesia**

scelta consapevole dell’anestesia spinale, generale,blended, dopo aver discusso sui relativi rischi e benefici (vedi consenso)

**Tempistica dell’intervento chirurgico ≤ 48 ore dall’ammissione**

pazienti medicalmente stabili,in grado di partecipare mentalmente, di trasferirsi e mobilitarsi per piccole distanze in strutture di riabilitazione , ADI su richiesta del paziente/lettera di dimissione (v. informazione)

**Informazione appropriata a pazienti, badanti o loro familiari verbale e scritta**

scheda di valutazione del dolore del post-operatorio

Strategie di mobilitazione: (da riportate in cartella clinica)

- mobilizzazione precoce ≤ 24 ore dall’intervento

- mobilizzazione almeno una volta al giorno in accordo con i fisioterapisti anche per pazienti non collaboranti

- presa in carico riabilitativa ≤ 48 ore dall’intervento

-inserimento dell’intervento nella lista dei traumi

-sedute chirurgiche nei giorni dispari della settimana

Consenso scritto al trattamento sanitario su diagnosi, scelta anestesia,

procedure chirurgiche, eventuali complicazioni

Lettera di dimissione sulla cura del post operatorio, esiti a lungo termine, programma di riabilitazione