



*SOMMARIO*

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>SCOPO .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>PROTOCOLLO.....</b>	<b>6</b>
5.1	FASE PRESA IN CARICO .....	6
5.2	FASE PREOSPEDALIZZAZIONE.....	7
5.3	FASE RICOVERO.....	7
5.4	FASE RIABILITAZIONE FISIOTERAPICA.....	7
<b>6</b>	<b>DIAGRAMMA DI FLUSSO.....</b>	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE PDTA .....</b>	<b>9</b>
<b>8</b>	<b>STRUMENTI DI REGISTRAZIONE .....</b>	<b>10</b>
<b>9</b>	<b>LISTA DI DIFFUSIONE E DISTRIBUZIONE .....</b>	<b>11</b>

Gruppo di redazione: Prof. Massimo Innocenti, Prof. Christian Carulli, SOD Ortopedia; Dr. Giancarlo Castaman SOD Malattie emorragiche e della coagulazione; Prof. Domenico Prisco SOD Medicina Interna Interdisciplinare; Dr. Pietro Pasquetti SOD Riabilitazione; Dr. Alberto Boccaccini SOD Anestesia e Rianimazione in Ortopedia; Dr.ssa Silvia Sticci Resp. Linea Prod. Riabilitazione Funzionale; Sig.ra Linda Guarino Coordinatrice Infermieristica; Dott.ssa Ceccherini Vega RSD DAI Neuromuscoloscheletrico; Dott.ssa Sara Franchi RSD DAI Neuromuscoloscheletrico.

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
<b>REDAZIONE</b>	Prof. Christian Carulli	SOD Ortopedia	06/08/2020	Emessa con comunicazione informatica
<b>VERIFICA</b>	Dott.ssa Adriana Torricini	Staff AQRM	06/08/2020	Emessa con comunicazione informatica
<b>APPROVAZIONE</b>	Prof. Marco Carini	Direttore DAI Oncologico e di chirurgia ad indirizzo robotico	08/09/2020	Emessa con comunicazione informatica
	Dott. Adriano Peris	Direttore DAI Neuromuscoloscheletrico e organi di senso	21/9/2020	F.to in originale
<b>EMISSIONE</b>	Dott.ssa Lucia Turco	Direttore Sanitario		

Consultabile nella intranet



## 1 INTRODUZIONE

L'Emofilia è una malattia rara caratterizzata da sanguinamento per deficienza di alcuni specifici fattori della coagulazione. Classicamente viene distinta in Emofilia "A" (carenza del fattore VIII) e "B" (carenza di fattore IX) a seconda del fattore carente. E' una delle più frequenti tra le patologie rare ed è quella maggiormente rappresentata tra le sindromi emorragiche, tra cui si annoverano la malattia di von Willebrand e gli sporadici deficit di altri fattori (V, XI, etc).

Una volta pericolosa per la vita per emorragie di organi nobili, grazie alle conoscenze acquisite negli ultimi decenni e l'avvento della moderna profilassi ematologica e della diagnosi precoce, oggi è associata perlopiù a problematiche muscolo-scheletriche. Il sanguinamento inizialmente è perlopiù muscolare, con ecchimosi ed ematomi in seguito a minimi traumatismi tipici della prima infanzia, con l'acquisizione della posizione eretta e della capacità deambulatoria. Questo quadro è generalmente poco sintomatico e transitorio, ma talvolta in alcune specifiche sedi (muscolo psoas, muscoli dell'avambraccio) si possono associare compressioni neurovascolari importanti e critiche (sindromi compartimentali). Successivamente in soggetti giovani, in seguito a traumi (sportivi, lavorativi) o anche spontaneamente, si possono realizzare versamenti ematici in specifiche sedi, perlopiù articolari e recidivanti; tali articolazioni vengono definite "target joints", e sono perlopiù ginocchio, caviglia, gomito, anca e spalla. La permanenza di sangue libero anche per poche ore in una articolazione è lesiva in modo irreversibile, perché attiva il tessuto sinoviale ("sinovite") ed altera definitivamente e progressivamente strutture come la cartilagine, l'osso subcondrale ed i tessuti molli (legamenti, tendini, borse, menischi). Tale quadro se non diagnosticato precocemente e trattato in modo repentino (e non solo con l'aumento del dosaggio del fattore ematologico carente) produce una condizione irreversibile e progressiva chiamata "artropatia emofilica", caratterizzata da progressiva degenerazione distruttiva e perdita ingravescente della funzione articolare, con risvolti notevolmente negativi sulla qualità della vita. Il quadro è tanto più grave quanto più giovane è il soggetto affetto.

Da decenni è noto come la diagnosi precoce e l'instaurazione della profilassi ematologica (infusione periodica del fattore carente) siano le chiavi per limitare i gravi danni sistemici e permettere la sopravvivenza dei soggetti. È tuttavia altrettanto chiaro da anni che queste da sole non siano sufficienti a prevenire e limitare la sinovite e l'artropatia, che determinano i danni quotidiani maggiori ai pazienti affetti.

La presa in carico multidisciplinare (ematologica, ortopedica, fisiatrice) e le relative iniziative terapeutiche sono il mezzo per prevenire (nei soggetti in età pediatrica) o quantomeno ritardare in modo significativo (nei giovani ed adulti) tali complicanze.

Quando l'artropatia raggiunge gradi di severità con sintomi e limitazioni non controllabili con i trattamenti medici e conservativi, la chirurgia ortopedica è necessaria. Procedure chirurgiche poco invasive come l'artroscopia e l'osteotomia trovano poco spazio in tali soggetti, perché non agiscono direttamente sulle cause della patologia. Molto più frequentemente, la chirurgia protesica rappresenta la soluzione più indicata ed efficace, quando gestita da equipe multiprofessionali dedicate in strutture adeguate. Tale forma di trattamento chirurgico,



più di ogni altra procedura, necessita tuttavia di una precisa organizzazione ed una stretta collaborazione, per risultare efficace ma anche appropriata. Nei Centri di Riferimento per l'Emofilia e le sue complicanze, questo sistema si è dimostrato efficace, anche in termini di spesa sanitaria, essendo tali pazienti soggetti a trattamenti sempre molto onerosi. Nel territorio nazionale, l'unico Centro di Riferimento attualmente comprendente tutte le figure professionali coinvolte è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. Dal 1999 si è riusciti ad organizzare una reale e fattiva collaborazione tra il Centro Emofilia (ora SOD Malattie emorragiche e della coagulazione), la Clinica Ortopedica (ora SOD Ortopedia), arricchita negli anni dalla parte riabilitativa e fisioterapia ed internistica. La riuscita di questa attività è testimoniata dal numero progressivamente maggiore di pazienti provenienti da tutte le regioni italiane, che hanno scelto di farsi trattare chirurgicamente e riabilitare a Firenze; dalla richiesta frequente da parte di Aziende Ospedaliere pubbliche di altre regioni (Veneto, Calabria, Puglia, Sicilia) di consulenza degli Ortopedici di AOU Careggi; dalla fervida produzione scientifica riconosciuta a livello internazionale degli ultimi anni; e, infine, dal coinvolgimento di svariate figure (ematologi, ortopedici) in gruppi scientifici nazionali (Associazione Italiana Centri Emofilia – AICE, Società Italiana Studio di Emostasi e Trombosi - Siset) e internazionali (World Federation of Haemophilia – WFH).

Da anni AOU Careggi è in grado quindi di offrire una gestione globale di questa patologia e delle problematiche ortopediche, sebbene mai sia stato formalizzato un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.

## **2 SCOPO**

Il presente protocollo ha lo scopo di formalizzare le modalità (da anni erogate) di gestione dei pazienti affetti da Emofilia ed altre più rare malattie emorragiche candidati a chirurgia ortopedica, al fine di garantire:

- L'ottimizzazione ulteriore della gestione di questa categoria di pazienti, che trovano di fatto in AOU Careggi l'unica realtà realmente multi/interdisciplinare e dedicata in territorio italiano
- La continuità nella presa in carico fisioterapia dei pazienti durante il periodo postoperatorio e nelle varie SOD di degenza in cui i pazienti vengono ospitati fino alla dimissione
- L'uniformità e la condivisione delle modalità operative da parte di tutte le figure professionali coinvolte

## **3 CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente protocollo è applicato dal personale medico ed infermieristico della SOD Ortopedia, SOD Malattie emorragiche e della coagulazione, SOD Medicina Interna Interdisciplinare, SOD Riabilitazione – CTO, SOD Anestesia e Rianimazione in Ortopedia, e dei Servizi di Preospedalizzazione e Riabilitazione Interdipartimentale di Coordinamento Infermieristico in Ortopedia.

#### 4 RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA

- Pagina web AOU Careggi-SOD Malattie Emorragiche e della coagulazione ([https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=109&Itemid=212&lang=it](https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=212&lang=it))
- Pagina web AOU Careggi – SOD Ortopedia ([https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18&Itemid=212&lang=it](https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=212&lang=it))
- Pagina web AOU Careggi – SOD Medicina Interna Interdisciplinare ([https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86&Itemid=212&lang=it](https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=212&lang=it))
- Pagina web AOU Careggi – SOD Riabilitazione ([https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=110&Itemid=212&lang=it](https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=212&lang=it))
- Pagina web AOU Careggi – SOD Anestesia e Rianimazione in Ortopedia ([https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3618&catid=122&Itemid=909&lang=it](https://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=3618&catid=122&Itemid=909&lang=it))
- Istituzione SOD Malattie Emorragiche e della Coagulazione come Centro Multidisciplinare Europeo [https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3641](https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=3641)
- Innocenti M, Civinini R, Carulli C, Villano M, Linari S, Morfini M. A modular total knee arthroplasty in haemophilic arthropathy – Knee 2007; 14: 264-268
- Carulli C, Civinini R, Martini C, Linari S, Morfini M, Tani M, Innocenti M. Viscosupplementation in haemophilic arthropathy: a long-term follow-up study. Haemophilia 2012;18:e210-4
- Melchiorre D, Milia AF, Linari S, Romano E, Benelli G, Manetti M, Guiducci S, Ceccarelli C, Innocenti M, Carulli C, Civinini R, Morfini M, Matucci-Cerinic M, Ibba-Manneschi L. RANK-RANKL-OPG in haemophilic arthropathy: from clinical and imaging diagnosis to histopathology. Journal of Rheumatology 2012;39:1678-86
- Carulli C, Matassi F, Civinini R, Morfini M, Tani M, Innocenti M. I.a. injections of hyaluronan induce positive clinical effects in knees of patients affected by haemophilic arthropathy. Knee 2013;20:36-9
- Romano E, Manetti M, Peruzzi F, Melchiorre D, Milia AF, Bellando-Randone S, Nishioka K, Innocenti M, Carulli C, Linari S, Morfini M, Ibba-Manneschi L, Matucci-Cerinic M, Guiducci S. Agonistic anti-human Fas monoclonal antibody induces fibroblast-like synoviocyte apoptosis in haemophilic arthropathy: potential therapeutic implications. Haemophilia 2014; 20:e32-9
- Carulli C, Felici I, Martini C, Linari S, Castaman G, Civinini R, Innocenti M. Total Hip Arthroplasty in Haemophilic Patients with Modern Cementless Implants. J Arthroplasty 2015;S0883-5403
- Melchiorre D, Linari S, Manetti M, Romano E, Sofi F, Matucci-Cerinic M, Carulli C, Innocenti M, Ibba-Manneschi L, Castaman G. Clinical, instrumental, serological and histological findings suggest that hemophilia B may be less severe than hemophilia A. Haematologica 2016
- Carulli C, Rizzo AR, Innocenti M. Hip Arthropathy in Haemophilia. J Clin Med 2017;8;6(4)
- Carulli C, Zago M, Rizzo AR, Innocenti M. Reconstructive techniques for revision and limb salvage surgery in persons with haemophilia. J Biol Regul Homeost Agents 2017;31(4 suppl.1):15-19



- Manetti M, Linari S, Romano E, Rosa I, Carulli C, Innocenti M, Matucci-Cerinic M, Ibba-Manneschi L, Castaman G, Melchiorre D. TNF- $\alpha$ /TNF-R System May Represent a Crucial Mediator of Proliferative Synovitis in Hemophilia A. J Clin Med 2019;8:939-53
- Carulli C, Rizzo AR, Innocenti M, Civinini R, Castaman GC, Innocenti M. Viscosupplementation in symptomatic haemophilic arthropathy of the knee and ankle: experience with a high molecular weight hyaluronic acid. Haemophilia 2020
- Christian Carulli, The management of haemophilic arthropathy – Bentham Science Publisher. 2017 (332 pagine, 21 capitoli) - ISSN: 2468-6662; ISBN-13: 978-1681083544
- Procedura P/903/02 “Procedura gestione della documentazione sanitaria” par. 7.2 “Registrazione registro di sala operatoria”
- Procedura P/903/69 “Procedura per la corretta identificazione dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, del sito chirurgico e della procedura” e relativa scheda M/903/P69a
- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- [Legge Regionale n.51 del 5 agosto 2009](#) "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e relativo [regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016](#)
- 3.2 AZ. 1 Gestione documentazione sanitaria
- 5.1 AZ.3 Documenti Qualità
- 5.1 COM.10 Adesione Protocolli e PDTA
- 5.1 CHL.5 Sicurezza in sala operatoria
- Pratiche Sicurezza Paziente-Regione Toscana:
  - Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori di terapia
  - Misura e gestione del dolore
  - Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica
  - Le mani pulite
  - Uso corretto degli antibiotici
  - Reporting and learning system (RLS)
  - Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il cittadino e con familiari per gli eventi avversi
  - Ckeck list di sala operatoria
  - HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico
  - Prevenzione errori incompatibilità AB0
- Raccomandazioni agli Operatori – Ministero della Salute:
  - 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
  - 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
  - 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0
  - 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
  - 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
  - 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”
  - 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
  - 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica

## 5 PROTOCOLLO

Dal 2006, presso AOU Careggi, è stato studiato un percorso dedicato per i pazienti affetti da Emofilia o altre malattie emorragiche candidati ad intervento di chirurgia protesica in elezione.

Fino ad oggi, questo percorso, sebbene non formalizzato, è consistito in alcuni passaggi specifici.

### 5.1 FASE PRESA IN CARICO

Il passo decisivo è stato rappresentato dall'attivazione di un ambulatorio istituzionale multidisciplinare dedicato (in Agenda Arianna con il codice 27847), utilizzato sia dagli Ematologi che dai Chirurghi ortopedici della SOD Ortopedia per effettuare valutazioni cliniche con valenza nazionale (in pratica, tutti i Centri Emofilia nazionali hanno avuto (e hanno tuttora) possibilità di prenotare una visita per i loro pazienti chiamando il numero 0557947587). Tale servizio permette nello stesso giorno di avvalersi di una visita ematologica ed una ortopedica con utilizzo di apparecchio ecografico dedicato (cosa rara negli altri Centri Emofilia del territorio italiano).

Varie sono le tipologie di visite effettuate:

- prime visite: di solito, a partire dal 2° - 3° anno di vita in bambini con recente diagnosi oppure come primo approccio per pazienti di qualsiasi età provenienti da altre regioni; in entrambe i casi, si tratta di valutazioni globali con check-up articolare clinico ed ecografico ed eventuali prestazioni (medicazioni, infiltrazioni articolari, prescrizioni di fisioterapia, tutori, etc); infine, se indicato, il paziente può essere inserito in lista di attesa per intervento chirurgico
- valutazioni periodiche: visita a cui tutti i pazienti con sindrome emorragica vengono invitati con cadenza almeno annuale (soggetti giovani) o biennale (adulti e anziani) se non manifestano particolari problemi oppure in caso di necessità non urgenti; se indicato, il paziente può essere inserito in lista di attesa per intervento chirurgico
- visite postoperatorie e di follow-up: nei soggetti di qualsiasi età e di qualsiasi provenienza, che hanno subito un trattamento medico, infiltrativo o chirurgico e che quindi devono essere rivalutati. Laddove un trattamento medico o infiltrativo non sia stato sufficiente, se indicato, il paziente può essere inserito in lista di attesa per intervento chirurgico
- visite urgenti: in caso di problemi acuti (non di pertinenza del Pronto Soccorso); se indicato, il paziente può essere inserito in lista di attesa per intervento chirurgico

Qualora vi sia necessità di intervento chirurgico, il chirurgo ortopedico della SOD Ortopedia procede all'inserimento del paziente in lista di attesa tramite il programma AMBU, nel quale segnala tra le note la priorità di tale prestazione (A2, B, C, D) e la patologia emorragica di base, in modo che il servizio di Preospedalizzazione richieda la consulenza ematologica alla SOD Malattie Emorragiche. Il chirurgo ortopedico informa inoltre i Colleghi Ematologi della decisione di operare il paziente.

Generalmente, per patologie molto comuni come l'Artrosi, che hanno l'indicazione più frequente alla chirurgia protesica, il percorso evolve linearmente e l'iter standard si svolge attraverso:

- preospedalizzazione
- ricovero presso la SOD Ortopedia

- intervento chirurgico
- dimissione dalla SOD Ortopedia
- valutazione periodica presso gli ambulatori “Controlli” della SOD Ortopedia

Per i soggetti con malattie emorragiche, vi sono delle ulteriori e peculiari necessità in tempi diversi.

## **5.2 FASE PREOSPEDALIZZAZIONE**

Come detto, durante la preospedalizzazione e sulla base della priorità indicata dal chirurgo ortopedico, è necessario richiedere una consulenza ematologica alla SOD Malattie emorragiche e della coagulazione per poter stabilire la profilassi con il fattore ematologico carente specifico. Il giorno prima del ricovero del paziente, il chirurgo ortopedico, opportunamente informato dagli Ematologi anticipa al personale infermieristico della SOD Ortopedia il piano terapeutico, affinché venga effettuata l'ordine del farmaco in Farmacia.

## **5.3 FASE RICOVERO**

Il giorno dell'ingresso in reparto, l'Ortopedico comunica l'avvenuto ricovero del paziente alle SOD Medicina Interna Interdisciplinare e Riabilitazione, in modo che il personale venga informato. Il giorno dopo l'intervento, vengono richieste su piattaforma Archimed tre consulenze: fisiatrica, ematologica e fisioterapica. In particolare quest'ultima, riveste importanza cruciale in modo che il paziente emorragico venga preso subito in carico per iniziare il percorso riabilitativo. Non appena vi siano le condizioni cliniche, il paziente viene trasferito dalla SOD Ortopedia alla SOD Med. Interna Interdisciplinare, per il monitoraggio successivo. Una volta trasferito presso questa SOD, viene richiesta una nuova consulenza fisioterapica in modo da assicurare la continuità di trattamento riabilitativo. Nei giorni successivi, infine, il personale della SOD Med. Interna Interdisciplinare concorda con il paziente e mediante nuove consulenze ortopediche e fisiatriche su Archimed la pianificazione della data di dimissione e le modalità di continuazione del programma riabilitativo post-dimissione dal Reparto (invio al domicilio e attivazione di protocollo fast-track ambulatoriale da esterno presso AOU Careggi; invio presso struttura territoriale convenzionata laddove sussistano i requisiti clinici e sociali; invio presso sede di residenza se fuori regione). Tutte le consulenze così come le prestazioni erogate vengono ovviamente registrate su piattaforma Archimed, come per tutti gli altri pazienti ricoverati presso AOU Careggi.

## **5.4 FASE RIABILITAZIONE FISIOTERAPICA**

L'intervento riabilitativo richiede per sua natura un approccio multi professionale e interdisciplinare fra diverse figure professionali affinché gli obiettivi specifici raggiunti nei diversi ambiti possano tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e comunque in una migliore qualità della vita.

La Fisioterapia, intervento terapeutico effettuato su richiesta medica, si occupa specificamente di ripristinare l'atto motorio funzionale, attraverso l'esercizio terapeutico e l'educazione sanitaria, nell'ottica di ottenere il miglior livello di autonomia funzionale possibile. L'intervento fisioterapico deve essere quindi integrato con un nursing dedicato e finalizzato alla cura delle posture, alla mobilità al letto, al mantenimento delle autonomie apprese sotto la guida del fisioterapista, nonché la prevenzione dei danni cutanei e osteo-articolari da immobilità.



La presa in carico fisioterapica viene svolta previa richiesta di consulenza, effettuata dal Medico di Reparto, sull'applicativo clinico gestionale Archimed utilizzando la dicitura – Ricoverati “Valutazione Funzionale Globale Disability Scale”- indirizzata al Servizio di Fisioterapia.

Se il paziente cambia il setting di cura la richiesta di consulenza deve essere riformulata dal Medico del Reparto che accoglie il paziente trasferito.

La valutazione fisioterapica include la disamina dei dati anamnestici, l'esame obiettivo e l'applicazione dei seguenti test:

- Esame goniometrico articolare R.O.M. (range of motion)
- Esame della forza muscolare (MRC)
- Valutazione della presenza e intensità del dolore (VRS)
- Livello di mobilità ILAS

Sulla base della valutazione globale (dati anamnestici, esame obiettivo, pre-requisiti) e degli score ottenuti a seguito della somministrazione dei test specifici sopra citati, viene elaborato il piano di trattamento. L'obiettivo finale (o meta finale) del piano fisioterapico è la precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente ed il recupero delle autonomie di base.

Il piano, prevede, in relazione alle condizioni cliniche e ai prerequisiti valutati nella fase precedente, il raggiungimento progressivo delle seguenti mete funzionali intermedie:

- 1° meta funzionale: il paziente raggiunge la posizione seduta bordo letto/poltrona
- 2° meta funzionale: da seduto bordo letto il paziente assume e mantiene la posizione eretta.
- 3° meta funzionale: il paziente deambula (con assistenza/sorveglianza) e partecipa in modo attivo alle ADL di base
- 4° meta funzionale: il paziente è in grado di salire e scendere 3 scalini

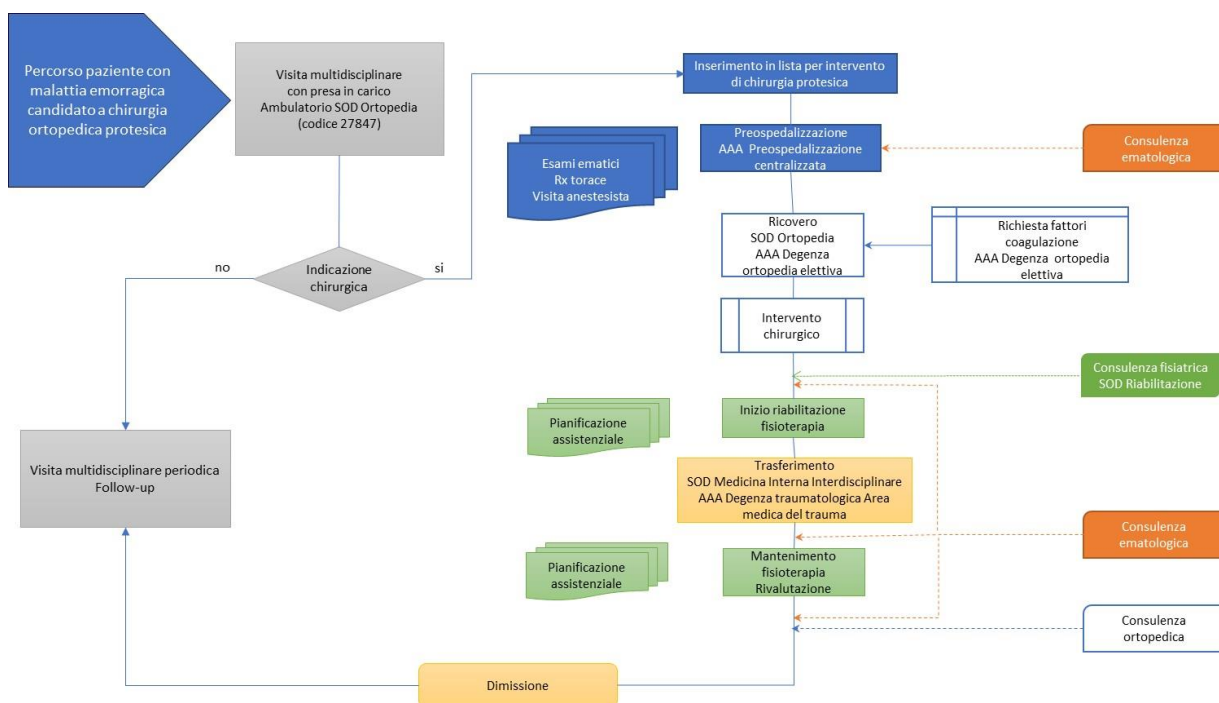
Il programma fisioterapico rivolto al paziente sottoposto ad intervento chirurgico contempla:

- Educazione all'assunzione di posture corrette
- Esercizi di contrazione attiva per facilitare il ritorno venoso e linfatico
- Esercizi per il recupero muscolo-articolare
- Addestramento al raggiungimento della posizione seduta da supino
- Addestramento al trasferimento letto/carrozzina
- Addestramento al passaggio in posizione eretta
- Esercizi per il recupero dell'equilibrio in piedi e trasferimento di carico in statica eretta
- Training alla deambulazione con ausili con progressivo aumento della distanza percorsa e scale se possibile
- Educazione alle autonomie nelle ADL primarie
- Counseling all'assistito e al caregiver sui corretti comportamenti preventivi (es. rischio lussazione).

Il fisioterapista referta nella Scheda Fisioterapica informatizzata la valutazione effettuata e descrive nella diaria fisioterapica le attività svolte; alla dimissione redige una relazione finale sugli obiettivi raggiunti e le possibili indicazioni per la continuità assistenziale.



## 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO



## 7 MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE PDTA

Il presente documento sarà aggiornato a cura del Gruppo di Redazione in presenza di pubblicazioni scientifiche e di integrazioni rilevanti.

Il Responsabile di Redazione, avvalendosi del supporto dei referenti Q&S, valuta l'appropriatezza del percorso clinico assistenziale individuato e l'aderenza da parte del personale interessato al presente PDTA attraverso il monitoraggio degli indicatori descritti nella parte sottostante dopo i primi 6 mesi dall'approvazione del PDTA stesso.

Gli indicatori saranno poi integrati con degli ulteriori in rispondenza ai requisiti di accreditamento previsti dalla Regione Toscana e contenuti nel regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016 (LR 51/2009).

La realizzazione e l'efficacia del PDTA potrà avvenire attraverso il:



- monitoraggio della degenza media dei pazienti con sindrome emorragica candidati a chirurgia protesica primaria e di revisione nella SOD Ortopedia
- verifica della continuità di realizzazione del percorso fisioterapico dal giorno dopo l'intervento fino alla dimissione dal CTO, indipendentemente dalla SOD di degenza del paziente e senza soluzioni di continuo, se non per prescrizioni cliniche specifiche documentate in Archimed

DESCRIZIONE INDICATORE	Giornate degenza media per casistica specialistica
$\frac{\text{N}^\circ \text{ totale giornate ricovero in SOD Ortopedia pazienti con malattia emorragica sottoposti ad intervento protesico}}{\text{Totale pazienti in SOD Ortopedia con malattia emorragica sottoposti a intervento protesico}} \times 100 = 90\%$	
RESPONSABILE DI RILEVAZIONE	Referente percorso chirurgico ortopedico
FREQUENZA DI RILEVAZIONE	Annuale
FONTE DATI	Cartella Clinica Informatizzata (Archimed)
STANDARD ATTESO	Degenza massima in SOD Ortopedia: 5 giorni

DESCRIZIONE INDICATORE	Attivazione percorso di riabilitazione post intervento entro T stabilito
$\frac{\text{N}^\circ \text{ pazienti con malattia emorragica sottoposti ad intervento ortopedico elettivo presi in carico dal Fisioterapista entro 24 ore dall'arrivo della segnalazione}}{\text{Totale pazienti con malattia emorragica sottoposti ad intervento ortopedico elettivo}} \times 100 = 90\%$	
RESPONSABILE DI RILEVAZIONE	Referente percorso chirurgico ortopedico / fisioterapista
FREQUENZA DI RILEVAZIONE	Annuale
FONTE DATI	Cartella Clinica Informatizzata (Archimed)
STANDARD ATTESO	Almeno il 90%

## 8 STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Tutte le attività svolte per il percorso in oggetto sono tracciate nei softwares gestionali dell'AOUC:

- Archimed
- DnWeb
- Ambu
- Arianna
- Elephant



- Spartito

## 9 LISTA DI DIFFUSIONE E DISTRIBUZIONE

- Direzione AOUC
- Direttore UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera
- Direzione Operativa
  
- Direttori e Staff DAI Neuro-muscolo-scheletrico e organi di senso\*
- Direttori e Staff DAI Oncologico e di chirurgia ad indirizzo robotico\*
- Direttori e Staff DAI Anestesia e Rianimazione\*
- Direttori e Staff DAI Cardio-toraco-vascolare\*
- Direttori e Staff DAI DEA\*
- Direttori e Staff DAI Medico-geriatrico\*
- Direttori e Staff DAI Materno Infantile\*
- Direttori e Staff DAI dei Servizi\*
- Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie e Piattaforme\*
- SOD Malattie emorragiche e della coagulazione
- SOD Ortopedia
- SOD Riabilitazione
- SOD Medicina Interna Interdisciplinare
- SOD Anestesia e Rianimazione in Ortopedia
- Linea di produzione di riabilitazione funzionale
- AAA Preospedalizzazione centralizzata
- AAA Degenza ortopedia elettiva
- AAA Degenza traumatologica Area medica del trauma

\*devono essere previste modalità di diffusione ai Direttori di SOD e ai Coordinatori di AAA in rif.to alla P/903/01