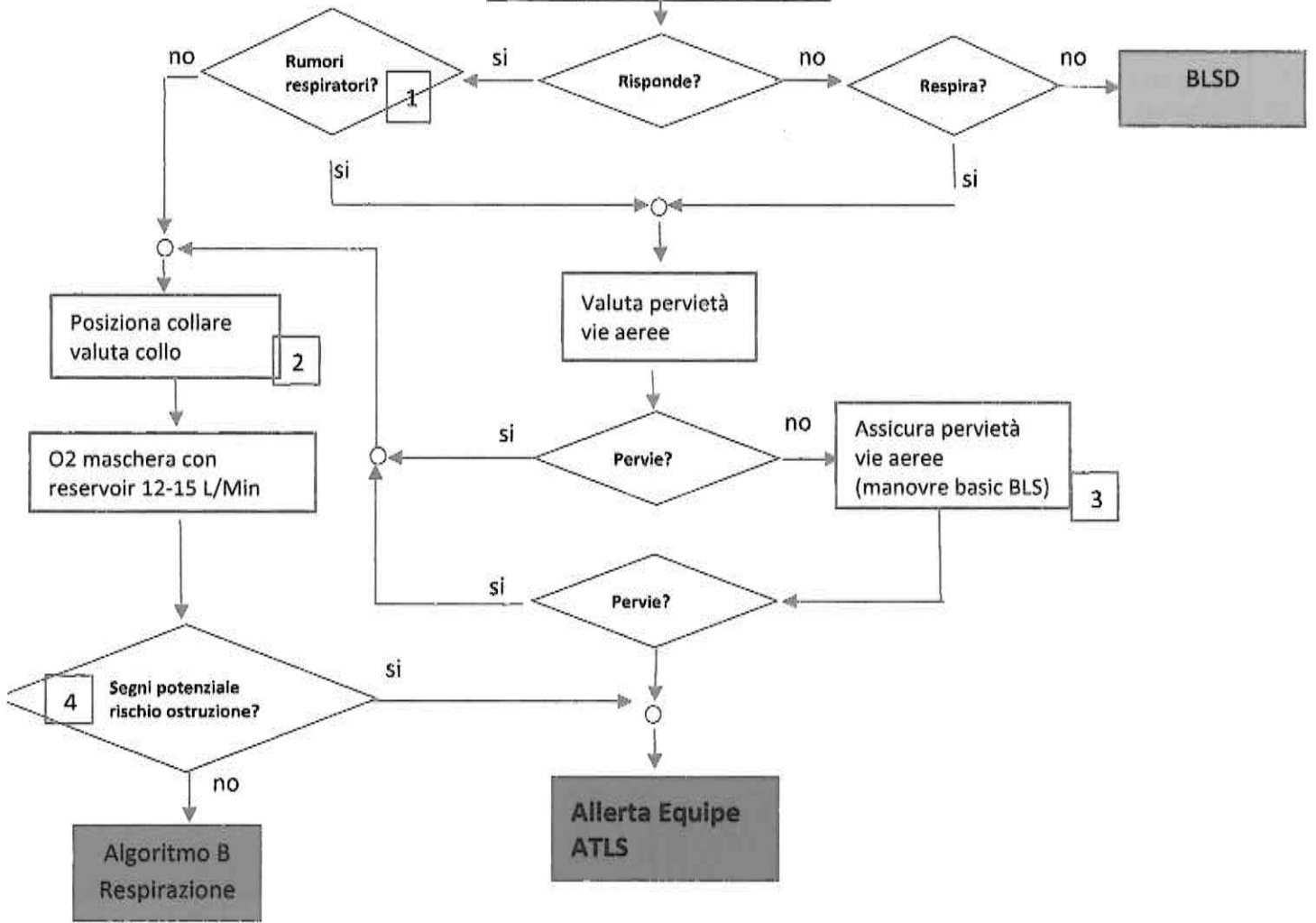


Considera Trattamento non operatorio-
Controlli seriati
Considera arteriografia

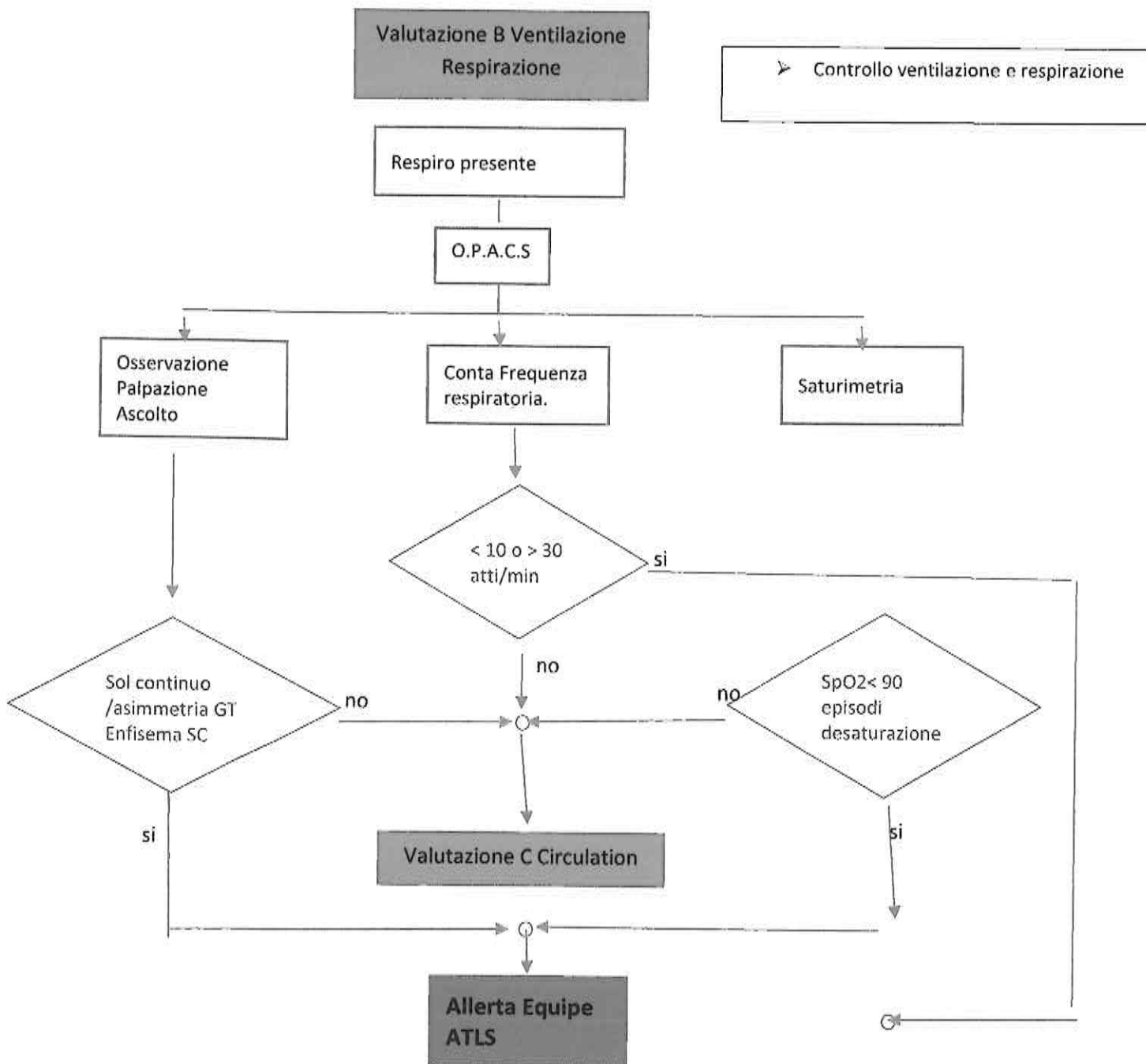
Valutazione A vie aeree
e rachide

- Garantire pervietà vie aeree
- Protezione del rachide

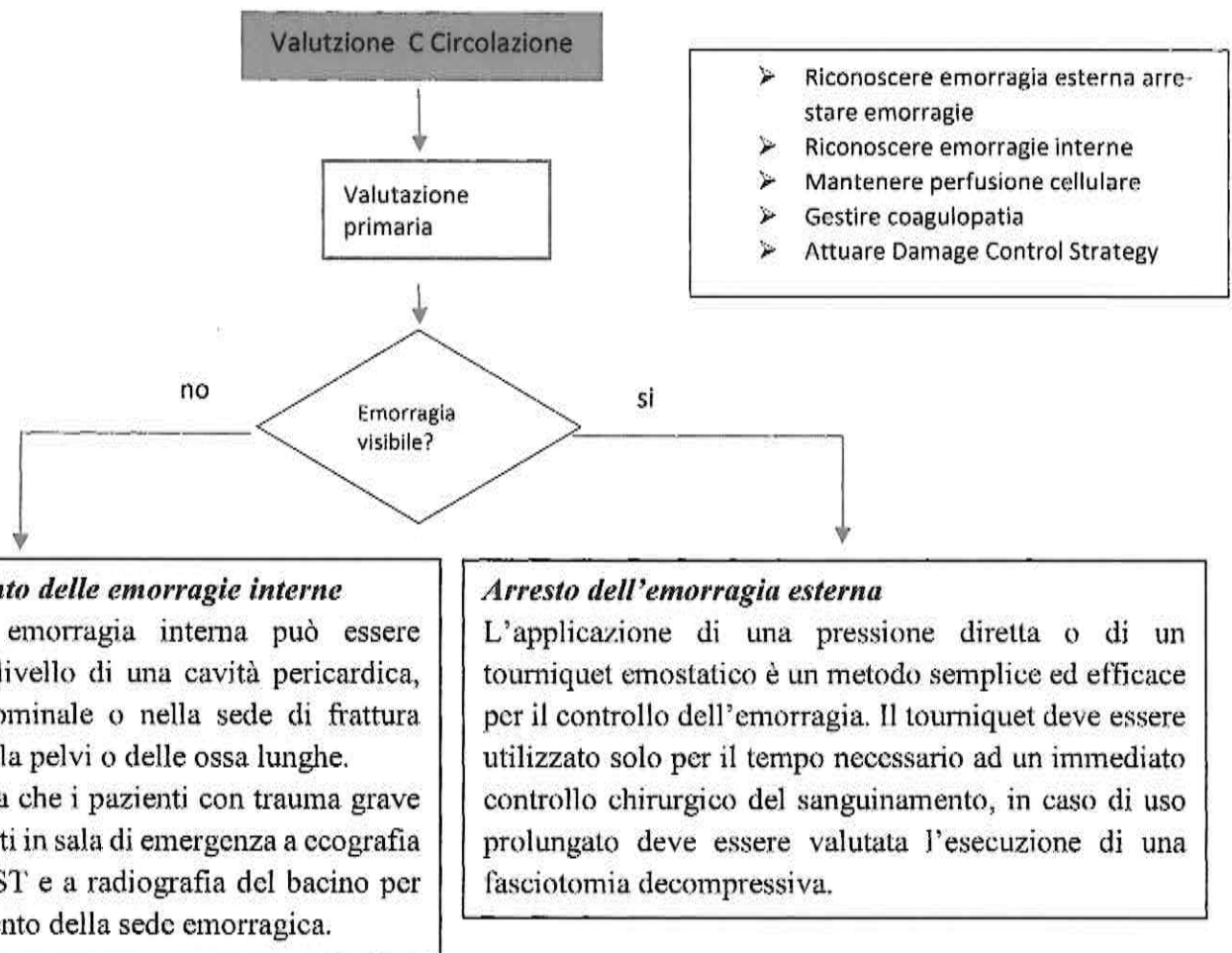
Bloccare il paziente in
posizione neutra con sistemi di
protezione e chiamarlo



- Legenda**
- 1 Disfonia, stridore, respiro russante
 - 2 Ematomi, giugulari, trachea
 - 3 Sub lussazione mandibola, sollevamento mento, aspirazione, rimozione manuale cannule di Guedel/rinofaringe
 - 4 Ematomi pulsanti collo, ustioni cavo orale/volto, gravi ustioni maxillo faciali, sanguinamento cavo orale



Legenda O.P.A.C.S.
 Osserva (Movimenti del torace, simmetricità, ferite, colorito cutaneo)
 Palpa . integrità, deformità, irregolarità, enfisema sottocutaneo,
 Ascolta: rumori respiratori, rantoli, fischi
 Conta: Fr Resp atti/min (! < 10 o > 30)
 Saturimetria (!<90%)





Il tamponamento cardiaco

La diagnosi di tamponamento cardiaco deve essere clinica (triade di Beck) con l'ausilio dell'ecografia E-FAST e richiede nelle condizioni di instabilità l'evacuazione del versamento con la pericardiocentesi, lasciando in sede una cannula con circuito chiuso.

L'emotorace

L'emotorace deve essere drenato per migliorare la ventilazione e determinare l'entità della perdita ematica. In presenza del sospetto di lesione aortica per slargamento del mediastino, riscontrato con la radiografia standard del torace, va valutato il timing del drenaggio in funzione della stabilità clinica ed emodinamica e del percorso clinico-terapeutico intrapreso.

Il versamento addominale

| | | |
|---|---|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>PDTA Paziente con Trauma Grave</p> <p>ALLEGATO 1</p> <p>VALUTAZIONE ABCDE</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|--|

La FAST permette di valutare la presenza di versamento libero addominale nelle logge peritoneali senza offrire una definizione certa di entità, comunque la presenza di liquido libero in almeno tre logge deve far sospettare una perdita superiore ai 500 cc.

Le lesioni complesse della pelvi e delle ossa lunghe

Queste fratture devono essere considerate sedi di emorragia maggiore.

Le fratture instabili della pelvi sono ad alto rischio emorragico e possono essere diagnosticate in presenza di una mobilità preternaturale alla palpazione bimanuale e valutate secondo la classificazione di Tile alla radiografia del bacino. Nell'anziano anche le fratture stabili devono, comunque, essere considerate a rischio di emorragia.

Il sanguinamento nella pelvi è determinato da più fonti costituite dai monconi ossei fratturati, dal plesso venoso pelvico, da lesioni vascolari pelviche e dai visceri extraperitoneali.

La pelvi deve essere "stabilizzata" o "chiusa" utilizzando il dispositivo di contenzione disponibili ("T-pod", lenzuolo, fissatore esterno) posizionato in modo da esercitare la pressione sul grande trocantere.

Le lesioni delle ossa lunghe devono essere posizionate in asse, previo controllo dei polsi prima e dopo la manovra di immobilizzazione temporanea.

Attivazione Strategia Damage Control

- Damage control Resuscitation
- Damage Control Hemostatic
- Damage Control Surgery

Valutazione D neurologica

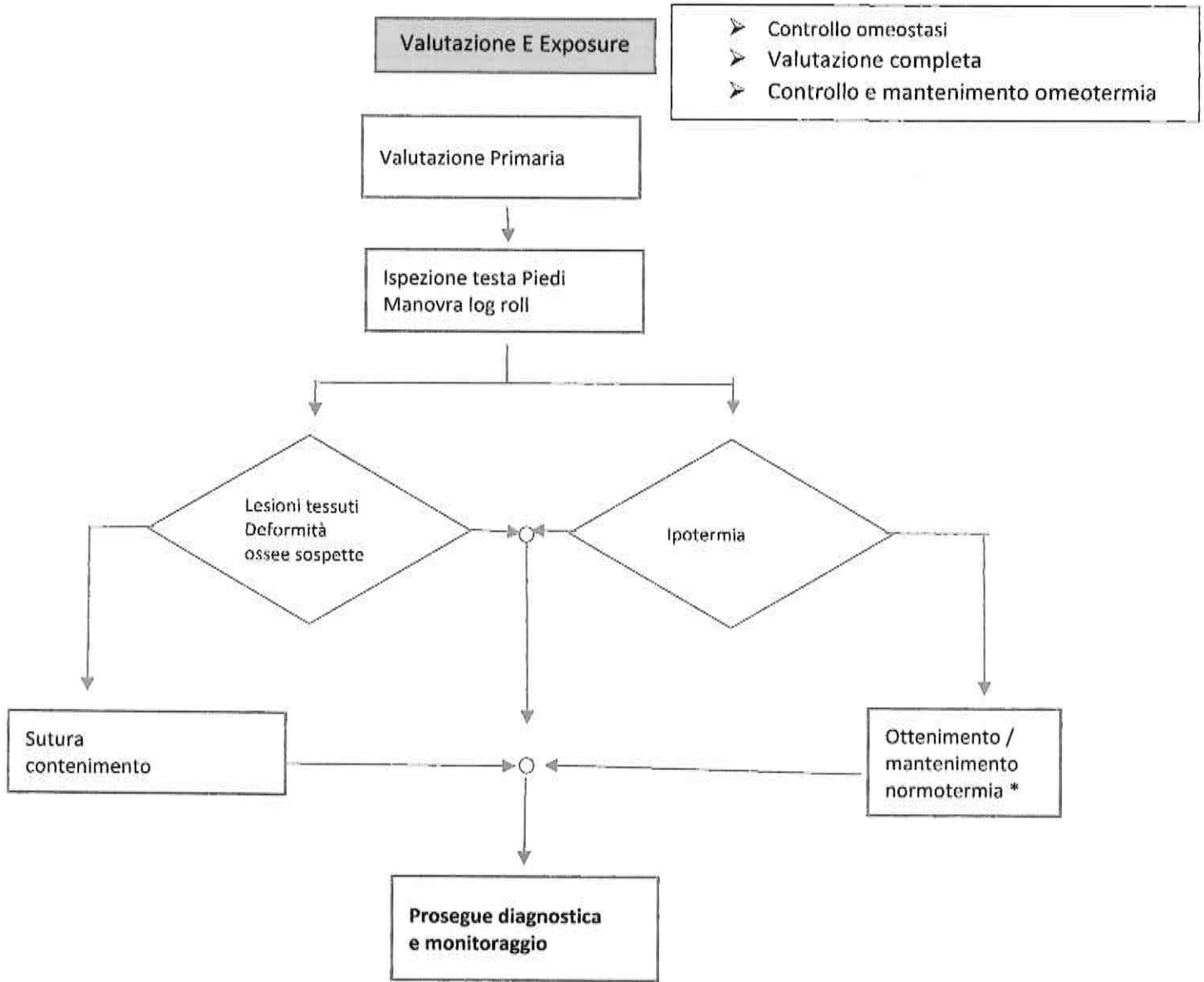
Valutazione primaria Glasgow
Coma Scale
Pediatric Glasgow Coma Scale

- Valutazione stato neurologico
- Contenimento danno encefalico secondario
- Diagnosi precoce e tempestiva delle lesioni neurologiche con indicazioni chirurgica

GCS 14-15 : Trauma cranico lieve
GCS 8-13 Trauma cranico moderato
GCS ≤ 8 Trauma cranico Grave

Angio TC cranio

La TC deve essere eseguita dopo manovre di stabilizzazione e di arresto dell'emorragia
Definizione del quadro secondo classificazione di Marshall o CT Rotterdam Score



- Controllo omeostasi
- Valutazione completa
- Controllo e mantenimento omeotermia

Ambiente riscaldato
 Rimozione abiti
 idonea copertura (coperta termica)
 Riscaldamento Interno: (infusione ev liquidi, sangue plasma riscaldato
 Lavaggio vesciale/gastrico con liquidi caldi (vedi testo)

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 2 STRATEGIA DAMAGE CONTROL |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |

Damage Control Strategy

La strategia "Damage Control" è un insieme di principi clinici e interventi terapeutici che hanno l'obiettivo di ottenere una rapida correzione del danno fisiologico attraverso tre linee di azioni contemporanee e complementari:

DC resuscitation (DCR) finalizzata al recupero della volemia attraverso la somministrazione della minor quantità di liquidi necessaria a garantire la perfusione senza favorire il sanguinamento e l'impiego precoce ed equilibrato di sangue e derivati;

DC Hemostatic (DCH) finalizzata al recupero precoce e mirato della capacità coagulativa;

DC Surgery (DCS) finalizzata al controllo diretto e immediato dell'emorragia e delle contaminazioni.

L'integrazione dei parametri perfusionali, emodinamici, coagulativi e di temperatura, permettono una valutazione complessiva dello stato fisiologico, per cui l'alterazione di questi identifica la condizione di instabilità clinica, che assume un valore determinante nell'algoritmo decisionale.

I parametri perfusionali, lattati e deficit di basi, possono essere un indice più precoce di instabilità rispetto al manifestarsi della ipotensione e sono significativi all'ammissione per la determinazione del rischio prognostico e l'attivazione del protocollo trasfusioni massive, inoltre permettono, nelle prime ore, il costante monitoraggio della risposta terapeutica.

Il deficit di basi viene distinto in tre gradi di severità lieve, -3/-5 mEq/l, moderato, -6/-9 mEq/l e severo, <-10 mEq/l, considerando il valore moderato e severo come indici prognostici significativi. Per uniformità si considera il valore di BE < -5 come indice di rischio emorragico elevato. Il valore dei lattati non offre un cutoff specifico, per cui si considera il valore di Lac > 6 come indice di rischio emorragico elevato.

Il monitoraggio della risposta pressoria, sistolica e media, costituisce un elemento determinante per la valutazione clinica, per cui deve essere considerato con particolare attenzione un episodio ipotensivo, seppure transitorio, durante il trasporto con PAS ≤ 90 mm Hg.

Il valore iniziale di Hb inferiore a 9 costituisce un indicatore di emorragia severa, comunque si raccomanda il suo monitoraggio se il valore iniziale è in un range di normalità.

La presenza di ipotermia, inferiore a 36°, è strettamente correlata con lo stato della coagulazione, da valutare all'ammissione con PT, PTT e fibrinogeno.

Damage Control Resuscitation

Il trattamento della fase C inizia con il posizionamento di almeno due cannule venose di grosso calibro e l'infusione di liquidi riscaldati.

La DCR consente la gestione del paziente in condizioni di ipotensione permissiva, con target inferiore a 90 mmHg, per evitare gli effetti negativi di una rianimazione iniziale aggressiva ad alto volume di fluidi. Questa scelta può essere attuata solo nelle condizioni in cui sia possibile eseguire un immediato controllo chirurgico dell'emorragia e disporre in tempi brevi di sangue ed emoderivati secondo i principi della DCH. In caso di trauma cranico grave si raccomanda un valore di pressione arteriosa media pari o superiore a 80 mmHg.

| | | |
|--|---|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 2 STRATEGIA DAMAGE CONTROL |  REGIONE LAZIO Rev.: 00 |
|--|---|---|

I liquidi di scelta sono le soluzioni di cristalloidi, evitando in caso di trauma cranico grave i liquidi ipotonici, come le soluzioni di glucosio o il Ringer lattato. I colloidi non sono raccomandati per i loro effetti sfavorevoli sull'assetto coagulativo.

Si raccomanda di valutare la risposta del paziente sui valori di deficit di base e di lattati, come indici della perfusione e del sanguinamento, basando su di essi le successive decisioni diagnostiche e terapeutiche.

In caso di ipotensione grave e persistente nonostante l'espansione volemica è raccomandato l'impiego di vasopressori.

Si consiglia di valutare le altre cause nel caso di ipotensione non rispondente come il trauma spinale, l'assunzione incongrua di farmaci e/o altre sostanze e la disfunzione miocardica, in cui è consigliato l'impiego di inotropi, richiedendo una valutazione ecocardiografica appena possibile.

Damage Control Hemostatic

La coagulopatia da trauma è oggi considerata una condizione patologica multifattoriale determinata dalla ipoperfusione tissutale e dal danno endoteliale responsabili di una cascata di processi endogeni come la disfunzione piastrinica e la fibrinolisi.

In questo processo esistono altri fattori incidenti, classicamente conosciuti, come la perdita dei fattori della coagulazione o la loro ridotta efficacia in condizioni di ipotermia e la diluizione infusioneale.

La coagulopatia da trauma è un evento che si può manifestare con un valore di INR superiore a 1,5 sin dalla prima valutazione all'ammissione.

La risposta clinico-terapeutica deve essere precoce e specifica costituita da:

Valutazione iniziale e monitoraggio frequente di Emocromo, Fibrinogeno, INR, PT, PTT e TEG/ROTEM se disponibile;

Identificare i pazienti a rischio di trasfusione massiva secondo le indicazioni del Protocollo Trasfusioni Massive e il TASH Score;

Attivazione di protocollo gestionale e di trasfusione massiva disponibile in allegato;

Mantenere:

Hb tra 7 e 9 gr/dl;

Conta piastrinica $> 75.000 /\mu\text{L}$ ($>100.000 /\mu\text{L}$ nei pazienti con grave trauma cranico/maxillo-facciale);

INR e PTT $< 1,5$;

Fibrinogeno $> 150-200 \text{ mg/mL}$.

La gestione del Protocollo di Trasfusione Massiva è inserita al punto D del presente documento

Damage Control Surgery

L'obiettivo primario della DCS è di prevenire il rapido deterioramento fisiologico nei pazienti con emorragia attiva caratterizzato dal circolo vizioso determinato dalla triade letale conacidosi, $\text{pH} < 7,2$, coagulopatia, INR 1,5 superiore al normale, e ipotermia, $T < 34^\circ$.

Le altre indicazioni sono rappresentate da lesioni anatomiche difficilmente accessibili, lesioni parenchimali complesse in paziente con grave condizioni di instabilità, condizioni emorragiche non

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 2 STRATEGIA DAMAGE CONTROL</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> |
|---|--|--|

gestibili con le metodiche tradizionali, o con eccessivo consumo di tempo operatorio.

Il percorso chirurgico è costituito da tre fasi:

L'intervento rivolto al controllo dell'emorragia e della contaminazione con la chiusura temporanea della parete e tempi di esecuzione ridotta in una fase di rianimazione aggressiva;

Il recupero fisiologico nella 2-3 giornata in cui vi è una fase di elevata risposta infiammatoria;

Il trattamento definitivo tra il 5 -10 giorno in cui dal punto di vista della risposta infiammatoria ed immunitaria si verifica la finestra di opportunità chirurgica, prima della successiva fase di immunosoppressione.

Le tecniche di damage control surgery sono a diverso livello:

Collo: packing o utilizzo di occlusione vascolare con catetere di foley;

Toracico: manovre di evacuazione tamponamento cardiaco, controllo di lesione cardiaca, controllo sanguinamento toracico packing toracico, esecuzione di massaggio cardiaco, clampaggio aorta discendente;

Addominale: packing periviscerale o addominale, occlusione/shunt vascolare, chiusura e abbandono dell'intestino e delle vie escrettrici secondo le necessità;

Pelvico: attraverso l'utilizzo complementare di più procedure: contenzione del bacino con cintura pelvica eventualmente sostituita da fissazione esterna o c-clamp, packing pelvico preperitoneale, e embolizzazione angiografica.



Vascolare: shunt temporanei in grado di mantenere la perfusione, permettendo una ricostruzione vascolare dopo riequilibrio fisiologico;

Ortopedico: fissazione esterna iniziale durante la fase di ridotta risposta infiammatoria e trattamento definitivo tra il 5-10 giorno nelle migliori condizioni di opportunità chirurgica.

Gli emostatici locali possono essere utilizzati in tutte le manovre di DCS con l'attenzione di selezionare in presenza di coagulopatia quelli che dispongono in modo autonomo di tutti i fattori necessari alla loro azione.

In tutte le fasi di DCS la radiologia interventistica può essere utilizzata per un trattamento complementare di embolizzazione, principalmente in presenza di perdita di mdc o di pseudo-aneurisma visualizzabile in angio-tc.

Nei pazienti emodinamicamente stabili o stabilizzati l'indicazione chirurgica è rivolta ad un trattamento definitivo precoce.

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

ALLEGATO 3

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA TRASFUSIONE MASSIVA

1 Premessa

Lo scopo di questo protocollo è di stabilire un algoritmo diagnostico-terapeutico condiviso per il trattamento dell'emorragia massiva nei pazienti politraumatizzati.

Il Protocollo per la gestione della Trasfusione Massiva (PTM) è una delle procedure previste per l'accreditamento istituzionale della Unità Operativa Complessa di Medicina Trasfusionale.

La patologia tempo-dipendente richiede di standardizzare le procedure necessarie a garantire un ottimale iter assistenziale.

Il percorso proposto è stato contestualizzato in funzione della organizzazione, delle risorse umane e strumentali disponibili e condiviso con i professionisti che gestiscono sotto il profilo clinico il paziente con trauma maggiore.

2 Obiettivi

Gli obiettivi di questa procedura operativa per la gestione trasfusionale del paziente con trauma grave nell'ambito della rete trauma aziendale sono: la definizione delle modalità operative; le indicazioni cliniche; l'individuazione dei responsabili del processo identificati negli operatori della Struttura di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e del Trauma Team (TT).

3 Attivazione

➤ Il Trauma Team Leader:

- allerta al numero telefonico interno 3583 il medico di guardia della Struttura Trasfusionale (ST) dell'arrivo di un trauma grave e comunica, qualora siano disponibili, i tempi di arrivo, i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita), in alternativa sesso ed età stimata e la valutazione delle perdite ematiche secondo i criteri dell'European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition (2023)
- invia il modulo di richiesta urgentissima di due unità di concentrati eritrocitari. In condizioni eccezionali, qualora il paziente implicato si trovi concretamente ed oggettivamente in imminente pericolo di vita, l'assegnazione delle emazie potrà essere effettuata con una richiesta telefonica del Team Leader, seguita, il prima possibile,

| | | |
|---|---|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 3</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 0</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|---|

dall'invio della modulistica codificata. In tale eventuale circostanza, l'anagrafica del paziente dovrà essere necessariamente legata ad una condizione di paziente ignoto, ancorchè il paziente stesso sia identificabile anagraficamente. Naturalmente, la successiva compilazione della modulistica dedicata dovrà prevedere la identificazione anagrafica corretta del paziente, tale da permettere al medico della ST anche l'attribuzione delle precedenti unità di emazie, assegnate a paziente ignoto.

➤ **Il Medico di guardia della ST:**

- iscrive nel sistema informatico gestionale la richiesta di concentrati eritrocitari con carattere URGENTISSIMO
- assegna al paziente due unità di emazie concentrate, prelevate dal cassetto della frigo emoteca dedicato al trauma grave (la scorta per il trauma grave deve essere prontamente ripristinata), secondo le seguenti modalità:

Paziente NON NOTO al SIMT (gruppo sanguigno NON DETERMINATO) e campione di sangue NON DISPONIBILE:

- assegnazione e consegna immediata di unità di eritrociti di gruppo 0 Rh negativo
- in caso di gravissima carenza di eritrociti 0 Neg, si può assegnare anche l'unità 0 Pos

Paziente NON NOTO al SIMT (gruppo sanguigno NON DETERMINATO) e campione di sangue DISPONIBILE:



- identificazione in piastra del gruppo ABO/Rh del paziente
- assegnazione e consegna immediata di unità di eritrociti di gruppo O Rh negativo o O Rh positivo
- determinazione del gruppo ABO/Rh e TCI con metodo automatizzato e validazione nel SI
- l'assegnazione e la consegna di unità omogruppo sarà possibile solo dopo la conferma del gruppo ABO/Rh su un secondo campione
- se non è disponibile un secondo campione, consegnare unità 0 Rh compatibile

Paziente NOTO al SIMT e campione NON DISPONIBILE:

- assegnazione e consegna immediata di unità di eritrociti di gruppo 0 Rh compatibile con il ricevente

Paziente NOTO al SIMT e campione DISPONIBILE

- assegnazione e consegna immediata di unità di eritrociti omogruppo

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

ALLEGATO 3

3.1 Frigoemoteca di emergenza

SIMT Latina e Formia

Dispongono nelle proprie frigoemoteche di 4 unità di emazie concentrate (EC) 0 Neg e 4 unità di EC 0 Pos con controllo gruppo ABO/Rh eseguito in precedenza (stampato e firmato) destinate all'assegnazione in caso di emergenza. Piccole aliquote di tali unità, correttamente identificate, vengono conservate fino a 7 giorni dalla loro assegnazione.

PO Centro, Case di Cura accreditate e convenzionate con la ASL Latina

In ogni struttura sanitaria è presente una frigoemoteca dotata di unità di eritrociti di gruppo O Rh negativo e O Rh positivo disponibili per l'emergenza. Il SIMT conserva piccole aliquote correttamente identificate di queste unità fino a 7 giorni dal loro utilizzo trasfusionale.

- L'acquisizione delle unità di EC, in regime di emergenza, deve avvenire direttamente e sotto la esclusiva responsabilità del medico richiedente (MEDR) avente in gestione clinica il paziente
- L'operatore che materialmente preleva l'emocomponente deve trascrivere sul registro di carico e scarico annesso alla frigoemoteca tutti i dati richiesti
- Appena possibile, stabilizzato il paziente, il MEDR che ha utilizzato gli emocomponenti, in regime di emergenza, dovrà far pervenire al SIMT Latina/Formia:
 - il modulo di richiesta urgentissima R755-1 completamente compilato in cui specificare anche il giorno, l'ora in cui le EC sono state trasfuse ed il CDM dell'unità trasfusa
 - una richiesta di reintegro della scorta (R755-4) completamente compilata

La tracciabilità delle unità trasfuse in modalità "urgentissima" deve essere garantita riportando sulla cartella clinica il N. identificativo delle unità trasfuse, la data e l'ora della trasfusione. Il MEDT del SIMT Latina/Formia registrerà l'avvenuta trasfusione sul SI inserendo la richiesta urgentissima nell'orario e nel giorno in cui è pervenuta la documentazione sopramenzionata, anche se non corrispondente alla giornata del trattamento trasfusionale, provvedendo al ripristino della/e unità impiegate. Ciò per rispondere all'obbligo di tracciabilità integrale del processo trasfusionale, sancito dalla normativa vigente. Appare evidente che, tuttavia, vada rispettato rigorosamente il timing della segnalazione in corrispondenza del giorno del suddetto trattamento.

La delocalizzazione di una Frigoemoteca dalla ST prevede la gestione del controllo temperatura e la manutenzione ordinaria e straordinaria a cura della Direzione Medica del PO, secondo le vigenti disposizioni normative e legislative: Decreto Ministeriale n. 69 del 02.11.2015 e Legge Quadro Trasfusionale n. 219 – 2005.

| | | |
|---|---|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 3</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 0</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|---|

3.2 Gestione delle unità di sangue di gruppo 0 Rh negativo ccdee K -

- Storage quotidiano e reintegro in tempo reale di un numero complessivo variabile, concordato con il Centro Regionale Sangue del Lazio, di unità O Neg presso la Struttura Trasfusionale hub di Latina – DEA II e presso la Struttura Trasfusionale decentrata di Formia – DEA I deciso dalla Direzione della UOC
- Attivazione, con finalità di reintegro delle scorte, delle procedure urgenti di lavorazione degli emocomponenti di gruppo O Rh negativo ccdee K -, con completamento entro 2 h dall'arrivo alla Struttura Trasfusionale hub di Latina e di qualificazione virologica dei medesimi, con completamento entro 6 h, o comunque overnight, dall'arrivo presso la Struttura Trasfusionale Regionale dedicata, ASL Rm 2, P.O. S. Pertini - Roma

3.3 Assegnazione unità di plasma

Il medico della ST :

- dispone la preparazione delle unità di plasma di grado farmaceutico, virus-inattivato, di fenotipo AB nella quantità di 15 ml/Kg di peso corporeo, corrispondenti in media a 4-5 U di PFC per un individuo di ~70 Kg.


Il plasma verrà scongelato solo dopo chiamata da parte del TT, preferibilmente rianimatore, sulla base dei risultati ottenuti dai test viscoelastici TEG/ROTEM. Nel caso in cui non sia disponibile l'esecuzione del TEG/ROTEM il plasma di gruppo AB può essere scongelato direttamente all'attivazione del PTM.

La scorta di unità di plasma per il trauma grave deve essere sempre ripristinata, tramite urgente acquisizione dalla Società fornitrice, in modo che sia sempre presente il numero di unità ritenuto adeguato ad una scorta minima di emergenza, in relazione alla contingente situazione ospedaliera.

Successivamente alla prima trasfusione di plasma fresco, ad avvenuta tipizzazione immunoematologica individuale, potrà essere impiegato plasma fresco omogruppo o compatibile.

3.4 Consegna degli emocomponenti

- Il tecnico di laboratorio biomedico (TLB), in servizio alla ST, consegna gli emocomponenti al personale ausiliario del DEA/PS inviato per il ritiro dal TT; il ritiro degli emocomponenti potrà avvenire solo se la richiesta degli stessi, correttamente e completamente compilata, in cui sia indicato esplicitamente il carattere URGENTISSIMO della richiesta e l'indicazione di paziente con trauma grave, venga contestualmente consegnata alla ST. La richiesta dovrà riportare la firma leggibile del

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

ALLEGATO 3

medico richiedente. Qualora la ST ed il TT abbiano concordato una assegnazione urgentissima per via telefonica, la modulistica relativa potrà essere consegnata nella circostanza immediatamente successiva.

Nel caso in cui venga meno la necessità di trasfondere immediatamente una o più unità rilasciate in regime URGENTISSIMO, queste devono essere prontamente restituite alla ST accompagnate dal modulo dedicato alla restituzione degli emocomponenti non utilizzati.

La presa in carico del paziente prevede che il TT:

- provveda all'invio al SIMT della richiesta trasfusionale in regime di urgenza per emazie, ed eventualmente plasma e piastrine, accompagnata dal campione ematico del paziente, idoneamente etichettato secondo la normativa vigente, per la determinazione del gruppo e per la ricerca di anticorpi eritrocitari irregolari necessari per la prosecuzione della terapia trasfusionale;
- indichi nella richiesta il rischio per il paziente di trasfusione massiva, sulla base degli score predittivi di riferimento (TASH Score).

4 Criteri di attivazione

L'attivazione del protocollo di trasfusione massiva avviene in presenza di una emorragia non controllabile ($>150\text{ml/min}$) associata ad uno o più dei seguenti criteri:

- $\text{SBP} < 100\text{mmHg}$, in età pediatrica inferiore ai limiti per età
- $\text{BE} \leq -6\text{ mmol/l}$
- $\text{Lattati} > 5\text{ mmol/l}$
- $\text{Hb} < 9\text{ g/dL}$, in età pediatrica $< 8\text{ g/dL}$

Al fine di aumentare la sensibilità predittiva è indicato l'impiego del TASH Score costituito dalle seguenti condizioni:

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| ALLEGATO 3 | | 16 febbraio 2026 |

| Fattori | Valori | Punti |
|---------------------|-----------------------------------|-------|
| Emoglobina | <7 | 8 |
| | <9 | 6 |
| | <10 | 4 |
| | <11 | 3 |
| | <12 | 2 |
| BE | <-10 | 4 |
| | <-6 | 3 |
| | <-2 | 1 |
| Pressione sistolica | <100 | 4 |
| | <120 | 1 |
| Frequenza Cardiaca | >120 | 2 |
| FAST | Positiva per emorragia addominale | 3 |
| Frattura di bacino | Instabile | 6 |
| Frattura di femore | aperta o complessa | 3 |
| Uomo | | 1 |

Il Tash Score indica secondo il punteggio la seguente probabilità di dover ricorrere alla Trasfusione Massiva:

| Punteggio | % |
|-----------|----|
| 1-8 | <5 |
| 9 | 6 |
| 10 | 8 |
| 11 | 11 |
| 12 | 14 |
| 13 | 18 |
| 14 | 23 |
| 15 | 29 |
| 16 | 35 |
| 17 | 43 |
| 18 | 50 |
| 19 | 57 |
| 20 | 65 |
| 21 | 71 |
| 22 | 77 |
| 23 | 82 |
| 24 | 85 |

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

ALLEGATO 3

5 Gestione della coagulopatia

Gli obiettivi dell'Early Coagulation Support Protocol (ECSP) sono:

1. assicurare il supporto precoce della coagulazione riducendo il time-to-treat e garantendo la rapida correzione del deficit iniziale di fibrinogeno;
2. limitare l'utilizzo non indicato di plasma nei pazienti che richiedono meno di 6 unità di emazie nelle 24 ore, per i quali la trasfusione di plasma si associa a effetti collaterali sfavorevoli.

Il monitoraggio dei valori della coagulazione e l'immediata attivazione delle misure di supporto devono iniziare il più presto possibile.

I parametri vengono considerati alterati e necessitano di trattamento quando raggiungono i seguenti valori:

- International Normalized Ratio > 1,5;
- Activated Partial Thromboplastin Time > 45";
- Piastrine < 75.000;
- Fibrinogeno < 200 mg/dL;
- Modificazioni dei Tracciati tromboelastometrici/grafici (ROTEM/TEG).

Il monitoraggio avviene attraverso una frequente valutazione di Emocromo, Fibrinogeno, INR, PTT, TEG/ROTEM.

In età pediatrica, i parametri da considerare sia per la definizione di anormalità che per il monitoraggio includono Emocromo, Fibrinogeno, PT, PT INR e PTT che vanno valutati in base ai valori normali per l'età. Il monitoraggio con TEG/ROTEM non si applica all'età pediatrica.

Gli obiettivi terapeutici consistono nel mantenere i seguenti valori:

- Hb tra 7 e 9 gr/dL;
- Conta piastrinica > 75.000/ μ L (>100.000/ μ L nei pazienti con grave trauma cranico/maxillo-facciale);
- INR < 1,5 e PTT < 40 s;
- Fibrinogeno > 150-200 mg/dL;
- TEG/ROTEM normale.

In età pediatrica gli obiettivi terapeutici consistono nel mantenere i seguenti valori:

- Hb = > 7 gr/dl;
- Conta piastrinica > 75.000/ μ L (>100.000/ μ L nei pazienti con grave trauma cranico/maxillo-facciale);
- INR < 1,5 e PPT < 40 s;
- Fibrinogeno > 150 mg/dL.

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

ALLEGATO 3

Il trattamento della coagulopatia da trauma prevede:

-Acido tranexamico in caso di ipotensione con risposta transitoria o assente, alterazione tromboelastografica della formazione del coagulo o di iperfibrinolisi:

Posologia : 1 gr in 10' seguito da infusione 1 gr in 8 ore, in età pediatrica 15 mg/kg (max 1 gr) in 10' seguiti da infusione 15 mg/kg (max 1 gr) in 8 ore ;

-Concentrato di fibrinogeno in presenza di fibrinogeno < 150-200 mg/dL o deficit tromboelastografico/ metrico di fibrinogeno :

posologia: 3-4 gr, da ripetere in funzione del monitoraggio tromboelastografico/metrico, in età pediatrica 50 mg/kg, da ripetere in funzione del monitoraggio.

In assenza di concentrato di fibrinogeno utilizzare plasma fresco decongelato.


- *All'arrivo del paziente francamente emorragico*, se vi è indicazione alla trasfusione di emazie 0 in "URGENTISSIMA" ma i risultati del TEG/ROTEM o del dosaggio del Fibrinogeno plasmatico non sono ancora disponibili, è ragionevole comunque somministrare 2 gr ev di fibrinogeno (Raccomandazione 25 delle LG Europee 2023 sull'emorragia massiva)

- *in caso di impossibilità al monitoraggio mediante TEG/ROTEM*, in assenza di evidenze scientifiche derivanti da studi ampi e randomizzati, è indicato mantenere il livello di fibrinogeno > 150-200 mg/dL con somministrazioni successive secondo la seguente formula: Dose di fibrinogeno = [livello target (g/L) - quantità misurata (g/L)] (mg/kg di peso corporeo) /0,017 (g/L per mg/kg di peso corporeo) o, in alternativa, somministrando plasma secondo il rapporto GR:Plasma = 1,5-2:1.

-Concentrato complesso protrombinico a quattro fattori: sarebbe da preferire in presenza di deficit della formazione del coagulo, di generazione di trombina o nel caso di trattamento con anticoagulanti.

Posologia secondo la seguente tabella:

| prodotto e infusione | valore | dose |
|--|-----------|---------------|
| Confidex (Fatt II, VII, IX,X Proteina C e S) 500 U in 20cc (infusione 15-20 minuti) o prodotto similare | INR 2-4 | 25 UI/Kg |
| | INR 4-6 | 35 UI/Kg |
| | INR> 6 | 50UI/Kg |
| Pronativ (Fatt II, VII, IX,X Proteina C e S) 500 U in 20cc (infusione 15-20 minuti) o prodotto similare | INR 2-2,5 | 0,9-1,3 mL/Kg |
| | INR 2,5-3 | 1,3-1,6 mL/Kg |
| | INR 4-6 | 1,6-1,9 mL/Kg |
| | INR> 6 | 1,9 mL/Kg |

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 3 |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |

Come linea di seconda scelta possono essere utilizzati i concentrati di complesso protrombinico a tre fattori: Human Complex, Protromplex, Kedcom (Fatt II,IX,X + Proteina C e S) secondo una posologia individualizzata in base all'INR del paziente :

| Valore | dose |
|-------------|-------------|
| INR 1,5-3,5 | 25UI/Kg |
| INR 3,5-5 | 25-50 UI/Kg |
| INR> 5 | 50 I/Kg |

Nei **pazienti in TAO** (terapia anticoagulante orale) la somministrazione del CCP deve sempre essere preceduta dalla somministrazione di Vitamina K ev :

- **Konakion:** posologia 1 fl 10 mg/ml in 100 cc di Soluzione Fisiologica o Glucosata.

Nel caso di mancata risposta al controllo dell'emostasi e/o nel caso di un trauma con emorragia cavitaria o cerebrale in corso di trattamento con farmaci inibenti l'attività piastrinica :

- **Desmopressina:** posologia (in un paziente trattato con il solo acido acetilsalicilico): 0,3 mcg/kg .

In presenza di emorragia da trauma non è consigliato l'utilizzo di antitrombina III.

In presenza di trasfusioni massive il calcio ionizzato va monitorizzato e in presenza di bassi livelli di calcio ionizzato o modificazioni elettrocardiografiche suggestive di ipocalcemia va somministrato cloruro di calcio per mantenere un valore normale .

Per quanto attiene al **Fatt. VII ricombinante** le evidenze disponibili, attualmente, non supportano l'impiego di routine come parte dell'algoritmo di trattamento dell' emorragia massiva. Il suo impiego può essere preso in considerazione esclusivamente quando siamo in presenza di mancato controllo dell'emostasi e non sia disponibile il concentrato del complesso protrombinico a quattro fattori.

| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| ALLEGATO 3 | | 16 febbraio 2026 |

6 Impiego degli emocomponenti

L'impiego degli emocomponenti viene attuato secondo il seguente schema:



| | |
|---------------------------------|--|
| Concentrati eritrocitari | Mantenere Hb > 8 g/dL |
| | In caso di fenotipo eritrocitario ignoto: utilizzare emazie di gruppo O; emazie O Rh negative |
| Plasma fresco congelato | In presenza di INR > 1,5 o APTT > 45" |
| | Rapporto emazie concentrate:plasma fresco di 1,5-2:1 |
| | Il plasma fresco non va utilizzato nel trauma senza perdita emorragica; posologia 10-15 mL /Kg |
| | Fenotipo AB in caso di di fenotipo eritrocitario ignoto Si raccomanda l'impiego di plasma inattivato da lavorazione industriale |
| Concentrati piastrinici | Mantenere la conta piastrinica > 75.000 / μ L, mentre nei pazienti con grave trauma cranico/maxillo-facciale > 100.000 |
| | Dose media/trasfusione: $3 \cdot 10^{11}$ Plt (1 CP aferesi o 1 CP da pool di 5-6 BC) |
| | Non essenziale ma auspicabile il rispetto della compatibilità |

7 Gestione dei pazienti in trattamento con nuovi anticoagulanti orali

I Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) o Anticoagulanti Orali Diretti sono molecole in grado di inibire uno specifico enzima della cascata coagulativa: il Dabigatran (Pradaxa) è l'unico inibitore orale diretto della trombina disponibile per uso clinico; il Rivaroxaban (Xarelto), l'Apixaban (Eliquis) e l' Edoxaban (Lixiana) sono inibitori orali diretti del fattore Xa.

In caso di pazienti con emorragia in terapia con i nuovi anticoagulanti orali, è necessario monitorare la coagulazione mediante l'effettuazione del DTT (tempo di trombina diluito) per il Dabigatran e dell'anti-Xa per Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban.

Per il reverse dell'emorragia in corso di trattamento con Dabigatran è stato approvato in Europa (EMA, European Medicine Agency) l'impiego dell'Idarucizumab.

| | | |
|---|---|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 3</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 0</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|---|

L'Idarucizumab (Praxbind) è disponibile come soluzione iniettabile o per infusione (flebo) in vena. La dose raccomandata è di 5 g per via endovenosa in bolo in 10 min (il flacone da 50 mL contiene 2,5 g di Idarucizumab). Se necessario, può essere somministrata una seconda dose da 5 g. L'Idarucizumab agisce legandosi saldamente a Dabigatran, formando un complesso in grado di interrompere rapidamente l'effetto anticoagulante del Dabigatran.

Le attuali indicazioni della letteratura per la corretta gestione del sanguinamento maggiore, compreso il sanguinamento life-threatening, comprendono:

- Pazienti in terapia con **Dabigatran** : somministrare agenti antifibrinolitici come l'acido tranexamico. Se il paziente ha assunto il farmaco entro le due ore precedenti e, se le condizioni cliniche lo consentono, somministrare carbone attivo per rimuovere dal tratto gastrointestinale il farmaco non ancora assorbito. È stata utilizzata la dialisi per rimuovere il Dabigatran dalla circolazione sanguigna. In caso di sanguinamenti life-threatening, somministrare l'Idarucizumab secondo le modalità descritte in precedenza. Se l'Idarucizumab non è disponibile, alcuni autori suggeriscono l'utilizzo del Complesso Protrombinico Attivato (aPCC – FEIBA) al dosaggio di 50-80 unità/Kg. Qualora anche l'aPCC non sia disponibile, è ragionevole l'utilizzo dei complessi protrombinici (PCC) a 4 o 3 fattori al dosaggio di 50 unità/Kg. In considerazione dell'elevato rischio trombotico associato all'utilizzo dei complessi protrombinici e dei pochi dati disponibili sull'utilizzo di questi farmaci nei pazienti in terapia con dabigatran, l'impiego dei complessi protrombinici, attivati e non, deve essere comunque limitato ai casi in cui vi è un elevato rischio per la vita del paziente.
- Pazienti in terapia con **Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban**: somministrare agenti antifibrinolitici come l'acido tranexamico. Se le condizioni cliniche lo consentono, somministrare carbone attivo per rimuovere dal tratto gastrointestinale il farmaco non ancora assorbito qualora l'ultima dose di NAO sia stata assunta entro le 8 ore precedenti per il Rivaroxaban, 6 ore per l'Apixaban e 2 ore per l'Edoxaban. Non vi è alcuna indicazione all'utilizzo della dialisi in pazienti in trattamento con inibitori del fattore Xa. In caso di sanguinamenti life-threatening alcuni autori suggeriscono l'utilizzo del complesso protrombinico a 4 fattori. In considerazione dell'elevato rischio trombotico associato all'utilizzo dei complessi protrombinici e dei pochi dati disponibili sull'utilizzo di questi farmaci nei pazienti in terapia con inibitori orali del Xa, l'impiego dei complessi protrombinici deve essere comunque limitato ai casi in cui vi è un elevato rischio per la vita del paziente.

8 Recupero perioperatorio del sangue

Il recupero perioperatorio deve essere applicato nelle attività chirurgiche d'urgenza per i pazienti politraumatizzati e rappresenta uno strumento valido per la riduzione dell'uso di sangue allogenico e degli effetti collaterali connessi. Il recupero perioperatorio viene eseguito dall'equipe preposta, direttamente in sala operatoria con l'uso di strumentazioni dedicate.

I principi di funzionamento dei sistemi sono i seguenti :

| | | |
|---|---|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 3</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 0</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|---|

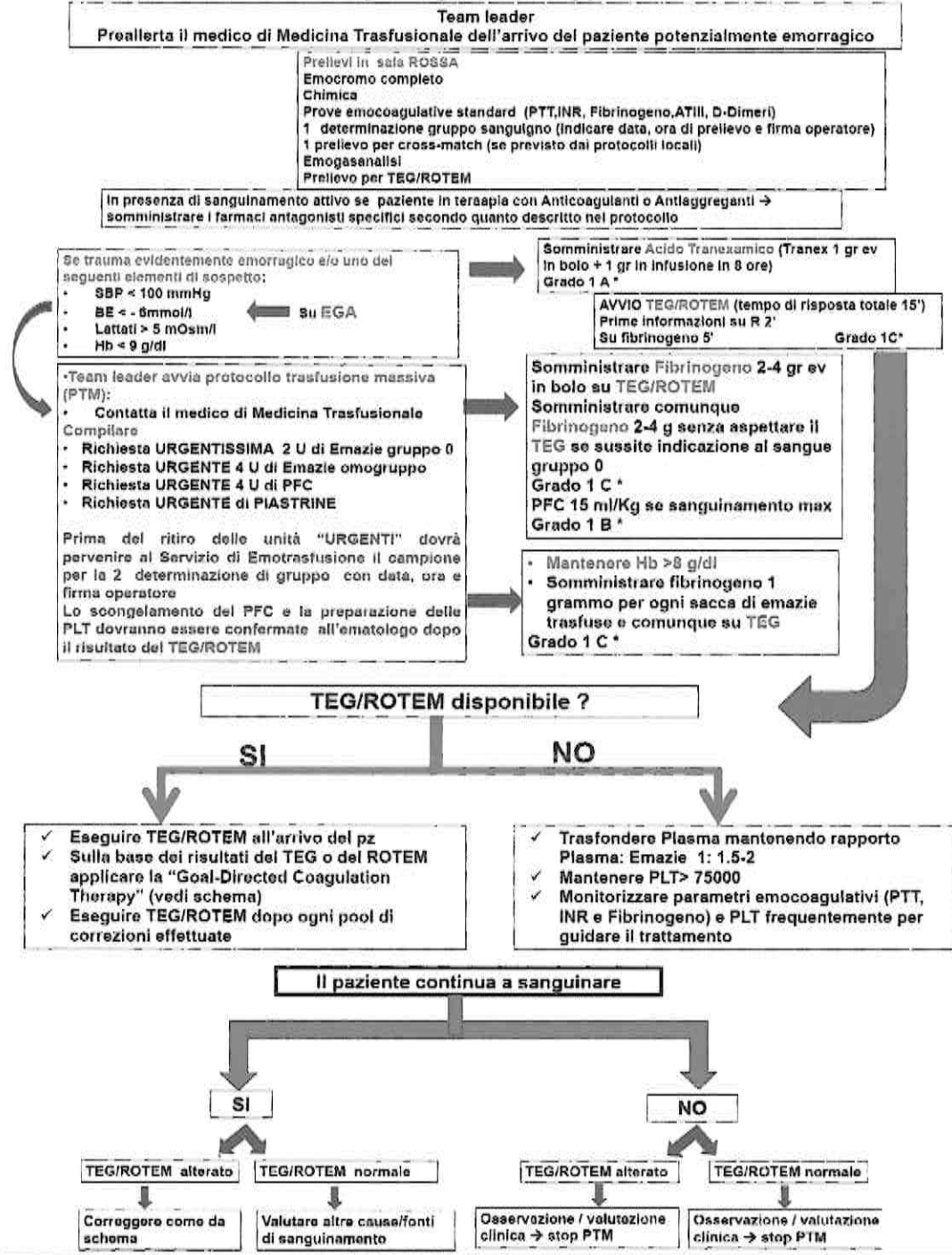
- il recupero viene effettuato mediante l'aspirazione del sangue perduto nel campo operatorio in corso d'intervento o nell'immediata fase postchirurgica, con raccolta dello stesso in contenitori sterili;
- il sangue raccolto è preventivamente anticoagulato in eparina, filtrato attraverso filtri da 40-170 micron e successivamente reinfuso attraverso i dispositivi da infusione per emocomponenti.

Le principali indicazioni all'utilizzo del recupero perioperatorio del sangue nel paziente con Trauma grave sono l'Emotorace e l'Emoperitoneo (rottura milza).

Le principali controindicazioni sono :

- pazienti settici o con possibile infezione dell'area chirurgica;
- pazienti in cui sia presente contaminazione del campo operatorio da liquidi organici di origine intestinale o urinaria o di provenienza dall'utero in caso di donne gravide.

Protocollo Trasfusione Massiva Early Coagulation Support



| | | |
|--|---|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 0 |
| | | 16 febbraio 2026 |
| ALLEGATO 3 | | |

Per completezza dello standard procedurale si pongono all'attenzione le due seguenti tabelle, correlate ai test viscoelastici

| TEG | | | | |
|--|---------------|------------------|---|---|
| Riassunto delle Alterazioni Funzionali correlate ai TEG - RAPID TEG e FIBRINOGENO FUNZIONALE | | | | |
| Parametri | Range normale | Risultato | Terapia | Coagulopatia |
| R (min) | 0-1 | 3-7 | PFC 20 ml/Kg | Deficit Fattori della Coagulazione Anti-vit. K per os Emodiluzione massiva Acidosi severa Considerare deficit da eparina (solo se certa l'assunzione e seguire Nativo + Eparinas) |
| | | > 7 | PFC 30 ml/Kg Considerare i PPC | |
| Angolo-alfa (gradi) | 55°-75° | < 52° | Fibrinogeno 2-4 gr | ipofibrinogenemia |
| MArt (mm) | 51-65 | < 45 e MAff < 14 | Fibrinogeno 2-4 gr | ipofibrinogenemia |
| MArt | | < 45 e MAff > 14 | Piastine (random o da separatore) | Piastine ridotte - test funzionale Considerare l'esecuzione del Platelets Mapping |
| Lys 30% | 0-8 | > 8 | Tranex 1 gr in infusione continua in 8 ore Verificare che sia stato somministrato 1g in bolo Correggere l'ipotermia e l'acidosi | iperfibrinolisi |
| Fibrinogeno funzionale | Parametri | Valori normali | Valori pazienti | Terapia |
| MA (mm) | | 14-24 min | 10-14 mm | Fibrinogeno 2 gr |
| | | | < 10 mm | Fibrinogeno 4 gr |
| G (dyn/cm ²) | | 200-2000 | | Derivato dall'MA Rappresenta la forza finale del coagulo di fibrina |

| ROTEM | | | |
|--|---|---|--|
| PARAMETRI | POSSIBILE CAUSA | VERIFICA | TERAPIA |
| CT lungo (>80 in EXTEM) → Alterata generazione della trombina | Fibrinolisi | CT Extem > CT Aptem | Ac. Tranexamico |
| | Anticoagulanti vit. K dip. | Anamnesi (TAO) | PCC 25 UI/kg |
| | Deficit fattori | Emodiluzione massiva? Acidosi severa? | PFC (+ fibrinogeno se A ₁₀ < 7 mm) |
| A ₁₀ (o MCF) ridotto (<40 mm in Extem) → alterata struttura del coagulo | Deficit Fibrinogeno | A ₁₀ Fibtem < 7 mm | Fibrinogeno 2-4 gr |
| | Deficit piastrino | A ₁₀ Extem < 40mm e A ₁₀ Fibtem normale | Somministrare PLT |
| A ₁₀ Extem < 30mm | Difetto severo globale (check per ipotermia severa) | | Ac. Tranexamico + Fibrinogeno 2-4 gr + PFC + PLT |
| ML aumentato (>15%) | Fibrinolisi | ML > 15% in Extem, Intem e Fibtem, ma normali in Aptem | Ac. Tranexamico |
| CT allungato (dopo utilizzo cell saver) | Eparina | CT Heptem < CT Intem | Protamina 1000 -2000 U |

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p> <p>ALLEGATO 4 GESTIONE DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON- NUOVI ANICOAGULANTI ORALI</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|--|--|

GESTIONE DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI

I Nuovi Anticoagulanti Orali o Anticoagulanti Orali Diretti sono molecole in grado di inibire uno specifico enzima della cascata coagulativa: il Dabigatran (Pradaxa) è l'unico inibitore orale diretto della trombina disponibile per uso clinico; il Rivaroxaban (Xarelto), l'Apixaban (Eliquis) ed Endoxaban (Lixiana, Savaysa) sono inibitori orali diretti del fattore Xa.

In caso di pazienti con emorragia in terapia con i nuovi anticoagulanti orali (NAO), è necessario monitorare la coagulazione mediante l'effettuazione del DTT (tempo di trombina diluito) per il dabigatran (inibitore della trombina), e dell'anti-Xa per rivaroxaban, apixaban.

Per il reverse dell'emorragia in corso di trattamento con dabigatran è stato approvato in Europa (EMA, European Medicine Agency) l'impiego dell'Idarucizumab.

L'Idarucizumab (Praxbind) è disponibile come soluzione iniettabile o per infusione (flebo) in vena. La dose raccomandata è di 5 g per via endovenosa in bolo in 10 min (il flacone da 50 mL contiene 2,5 g di Idarucizumab). Se necessario, può essere somministrata una seconda dose da 5 g. L' Idarucizumab agisce legandosi saldamente a dabigatran formando un complesso in grado di interrompere rapidamente l'effetto anticoagulante del dabigatran.

Ancora non è stato approvato l'impiego della molecola per il reverse degli inibitori del fattore Xa.

Le attuali indicazioni della letteratura per la corretta gestione del sanguinamento maggiore, compreso il sanguinamento life-threatening, comprendono:

- Pazienti in terapia con **DABIGRATAN** - Somministrare agenti antifibrinolitici come l'acido tranexamico. Se il paziente ha assunto il farmaco entro le due ore precedenti, e se le condizioni cliniche lo consentono, somministrare carbone attivo per rimuovere dal tratto gastrointestinale il farmaco non ancora assorbito. E' stata utilizzata la dialisi per rimuovere il dabigratan dalla circolazione sanguigna.
- In caso di sanguinamenti life-threatening somministrare l'idarucizumab secondo le modalità descritte in precedenza. Se l'idarucizumab non è disponibile, alcuni autori suggeriscono l'utilizzo del complesso protrombinico attivato (aPCC – FEIBA) al dosaggio di 50-80 unità/Kg. Qualora anche l'aPCC non sia disponibile, è ragionevole l'utilizzo dei complessi protrombinici (PCC) a 4 o 3 fattori al dosaggio di 50 unità/Kg. In considerazione dell'elevato rischio trombotico associato all'utilizzo dei complessi protrombinici e dei pochi dati disponibili sull'utilizzo di questi farmaci nei pazienti in terapia con dabigratan, l'impiego dei complessi protrombinici, attivato e non, deve essere comunque limitato ai casi in cui vi è un elevato rischio per la vita del paziente.
- Pazienti in terapia con **RIVAROXABAN, APIXABAN, ENDOXABAN**. Somministrare agenti antifibrinolitici come l'acido tranexamico. Se le condizioni cliniche lo consentono, somministrare carbone attivo per rimuovere dal tratto gastrointestinale il farmaco non ancora assorbito qualora l'ultima dose di NAO sia stata assunta entro le 8 ore precedenti

| | | |
|---|--|---|
|  | SISTEMA SANITARIO REGIONALE Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave |  |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 febbraio 2026 |

per il rivaroxaban, 6 ore per l'apixaban e 2 ore per l'enoxaban. Non vi è alcuna indicazione all'utilizzo della dialisi in pazienti in trattamento con inibitori del fattore Xa.

In caso di sanguinamenti life-threatening alcuni autori suggeriscono l'utilizzo del complesso protrombinico a 4 fattori. In considerazione dell'elevato rischio trombotico associato all'utilizzo dei complessi protrombinici e dei pochi dati disponibili sull'utilizzo di questi farmaci nei pazienti in terapia con inibitori orali del Xa, l'impiego dei complessi protrombinici deve essere comunque limitato ai casi in cui vi è un elevato rischio per la vita del paziente

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|--|--|

PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE

Redazione

Dott Cosmo Del Borgo UOC Malattie Infettive

GRUPPO DI LAVORO

Dott Cosmo Del Borgo , Tiziana Tieghi, Raffaella Marocco, Paolo Fabietti UOC Malattie Infettive

Dott Alessandro Arc, Dott Alessandro Scalzi Dott.ssa Irene Cerocchi UOC Ortopedia DEA II

INDICE

1. DEFINIZIONE

2. AGENTI PATOGENI COINVOLTI IN BASE AL GRADO E NATURA DELL'ESPOSIZION

3. RISCHIO DI INFEZIONE IN BASE AL TIPO DI TRAUMA

4. VALUTAZIONE INIZIALE E PROFILASSI ANTITETANICA

5. SCHEMI DI TERAPIA ANTIBIOTICA

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|--|--|

1. DEFINIZIONE

Le fratture esposte includono tutte quelle fratture che comportano la protrusione dell'osso attraverso la cute, con una perdita di integrità della cute e dei tessuti molli. Le osteomieliti si verificano nel 25% circa delle fratture esposte. Il rischio di infezione dipende da

- 1) Gravità del trauma (concomitante danno neurologico e vascolare)
- 2) Grado di contaminazione batterica
- 3) Tempestività nell'attuare una appropriata terapia antibiotica e del "debridment chirurgico"

2. AGENTI PATOGENI COINVOLTI IN BASE AL GRADO E NATURA DELL'ESPOSIZIONE

Nel caso di fratture esposte si verifica:

- 1) Introduzione diretta di germi
- 2) Passaggio sulla ferita di lesioni contigue

I germi sono rappresentati da : flora cutanea, organismi ambientali e patogeni nosocomiali

Tra i più frequentemente riscontrati sono:

STAPHYLOCOCCUS AUREUS, STAFILOCOCCI COAGULASI NEGATIVI, BACILLI AEROBI GRAM-NEGATIVI

Meno frequentemente : ENTEROCOCCHI, ANAEROBI, FUNGHI, MICOBATTERI

In caso di contaminazione da acqua : PSEUDOMONAS, AEROMONAS, VIBRIO

APPARE POCO UTILE IL CAMPIONAMENTO PER ESAME MICROBIOLOGICO AL MOMENTO DEL DEBRIDMENT INIZIALE,

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 febbraio 2026 |

3. RISCHIO DI INFEZIONE IN BASE AL TIPO DI TRAUMA

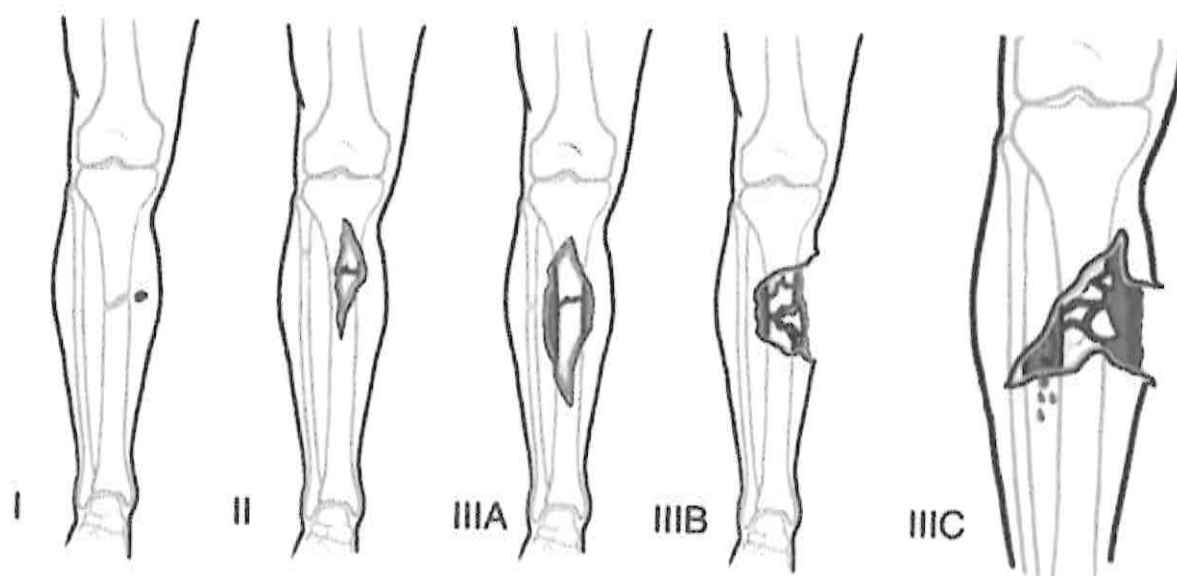
CLASSIFICAZIONE DI GUSTILO-ANDERSON

La classificazione di Gustilo-Anderson rappresenta il sistema ad oggi più utilizzato per la valutazione della gravità della frattura esposta e per la stratificazione del rischio di infezione. Il tasso di infezione varia infatti dall'1.8% nelle fratture Gustilo-Anderson tipo I, fino ad arrivare al 43% nelle fratture Gustilo-Anderson tipo III (tabella 1, figura 1)

| TIPO | DESCRIZIONE |
|------|---|
| I | Ferita < 1 cm; pulita; pattern di frattura semplice con minimo danno tissutale |
| II | Ferita 1-10 cm; pattern di frattura semplice con danno tissutale moderato |
| IIIA | Esteso danneggiamento dei tessuti molli, ma con adeguata copertura degli stessi sull'osso; traumi ad alta energia, fratture scomposte |
| IIIB | Esteso danneggiamento dei tessuti molli con perdita degli stessi ed inadeguata copertura sull'osso con stripping periostale |
| IIIC | Fratture esposte con associato danno vascolare |

| | | |
|---|---|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|--|

Figura 1



4. VALUTAZIONE INIZIALE E PROFILASSI ANTITEANICA

Deve essere eseguita prima della somministrazione una indagine anamnestica specifica che approfondisca i seguenti punti (SCHEDA da inserire in cartella)

- 1) Tipo di esposizione legata alla modalità dell'incidente (esposizione a suolo, acqua stagnante, acqua marina)
- 2) Allergia ad antibiotici (in particolare ai beta lattamici come cefazolina, ceftriaxone e penicilline)
- 3) Anamnesi vaccinale per TETANO (tab 1)
- 4) Peso del paziente
- 5) Funzionalità renale
- 6) Colonizzazione o pregressa infezione da germi multiresistenti in particolare ai carbapenemi (es. MRSA, Klebsiella KPC)

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 febbraio 2026 |

TABELLA 1 INDICAZIONI PER PROFILASSI ANTITETANICA

| Precedenti dosi di vaccino effettuate | Ferita di minime dimensioni o pulita | | Tutte le altre ferite | |
|---------------------------------------|--|-----------------|---|-----------------|
| | Vaccino | Immunoglobuline | Vaccino | Immunoglobuline |
| < tre dosi o dato sconosciuto | si | no | si | si |
| ≥ tre dosi | Solo se ultima dose somministrata oltre dieci anni prima | no | Solo se ultima dose somministrata oltre cinque anni prima | no |

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 febbraio 2026 |

5 SCHEMI DI TERAPIA ANTIBIOTICA

*la terapia antibiotica deve essere somministrata il prima possibile
(max entro sei ore)*

TABELLA 2. SCHEMI DI PROFILASSI ANTIBIOTICA PER LE RATTURE ESPOSTE

| Tipo di Frattura | | Contaminazione da suolo senza contaminazione da acqua | Contaminazione da acqua |
|------------------|--|--|--|
| I e II | cefazolina 2 g/ev x 3 die ev 3g x 3 die ev se peso > 120 Kg) <i>In caso di allergia ai beta lattamici o presenza di fattori di rischio per infezione da MRSA (tabella 3):</i> teicoplanina 6 mg/kg x 2 die ev | cefazolina 2 g/ev x 3 die ev 3g x 3 die ev se peso > 120 Kg) | cefazolina 2 g/ev x 3 die ev 3g x 3 die ev se peso > 120 Kg) |
| III (a,b,c) | ceftriaxone 2 g die ev + gentamicina 5 mg/kg /die/ev <i>In caso di allergia ai beta lattamici o presenza di fattori di rischio per infezione da MRSA:</i> teicoplanina 6 mg/kg x 2 die ev (prime 48 ore poi ridurre a 6 mg/kg/die ev) + gentamicina 5 mg/kg/die/ev | ceftriaxone 2 g die e v + gentamicina 5 mg/kg ev + metronidazolo 500 mg x3 ev <i>In caso di allergia ai beta lattamici o presenza di fattori di rischio (tab3) per infezione da MRSA sostituire ceftriaxone con teicoplanina</i> | piperacillina/tazobactam 4,5 x 3 die ev in 100 cc di sol. fis.+ gentamicina 5 mg/kg/ev se contaminazione con acqua marina aggiungere levofloxacina 500 mg die ev (o doxiciclina 100 mg x 2 die os) In caso di allergia ai beta lattamici o presenza di fattori di rischio per infezione da MRSA sostituire ceftriaxone con teicoplanina ed aggiungere metronidazolo) |

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 febbraio 2026 |

TABELLA 3 FATTORI DI RISCHIO PER MRSA (Stafilococchi meticillino resistenti)

| |
|--|
| Recente ospedalizzazione |
| Provenienza da lungodegenza/riabilitazione |
| Recente intervento chirurgico |
| Recente documentata colonizzazione da MRSA |
| Pazienti in Emodialisi |
| Pazienti diabetici |
| Colonizzazione da MRSA documentata |
| Infezione da HIV |
| Uso di droghe per via endovenosa |
| Recente (entro 30 gg) somministrazione di fluorochinoloni e/o cefalosporine di III generazione |
| Recente documentazione d'infezione/colonizzazione da MRSA |

DURATA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA

La prosecuzione della terapia antibiotica oltre le 24 ore **non si è dimostrata efficace** nel ridurre significativamente il rischio di infezione nelle fratture esposte, incluse quelle di tipo III. Le attuali linee guida raccomandano la sospensione degli antibiotici **24 ore dopo la chiusura della ferita nelle fratture esposte tipo II e II**. Per quanto concerne le fratture tipo III, gli antibiotici devono essere continuati per 72 ore dopo il trauma o, in alternativa, **per 24 ore dopo la copertura dei tessuti molli**. Tutto però dipende dal timing CHIRURGICO, se la riduzione della frattura è rimandata la profilassi viene proseguita e questo espone il pz a rischio di outcome negativi.

Quindi è FONDAMENTALE che l'intervento sia effettuato il prima possibile (ENTRO 24 h) e che la terapia antibiotica venga iniziata SUBITO dopo il trauma.

| | | |
|---|---|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE</p> |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|---|--|

RICHIESTA CONSULENZA INFETTIVOLOGICA

Può essere indicata la richiesta di consulenza infettivologica urgente nel caso in cui il paziente presenti:

- 1) Documentata colonizzazione o progressa infezione da germi multiresistenti
- 2) Poliallergie ad antibiotici
- 3) Presenza di insufficienza renale moderata/grave (clearance 10/50 o emodialisi)

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p> | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 5 PROFILASSI ANTIBIOTICA NELLE FRATTURE ESPOSTE |  <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>16 febbraio 2026</p> |
|---|--|--|

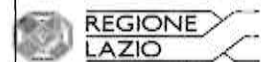
BIBLIOGRAFIA

1. Yaping Chang, MSc^[1] et al. Antibiotic Prophylaxis in the Management of Open Fractures^[1]A Systematic Survey of Current Practice and Recommendations. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY 2019;7(2):c <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.RVW.17.00197>;
2. Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analysis. J Bone Joint Surg Am 1976; 58A: 453-8;
3. Luchette FA, Bone LB, Born CT, DeLong WG Jr, Mullins D: East practice management guidelines work group: Practice management guidelines for prophylactic antibiotic use in open fractures. 2000. www.east.org/content/documents/openfrac.pdf. Accessed March 22, 2018.
4. Vanvelk N.; Chen B.; VanLieshout E.M.M.; Zalavras C.; Moriarty T.F.; Obremskey, W.T.; Verhofstad, M.H.J.; Metsmakers, W.-J. Duration of Perioperative Antibiotic Prophylaxis in Open Fractures: A Systematic Review and Critical Appraisal. Antibiotics 2022,11, 293
5. Linea Guida SIOT: Prevenzione delle infezioni in chirurgia ortopedica, Roma, 21 maggio 2021
6. Carol A. Lin, MD, MA, Nathan N. O'Hara, MHA, Sheila Sprague, PhD, Robert V. O'Toole, MD, Manjari Joshi, MBBS, Anthony D. Harris, MD, MPH, Stephen J. Warner, MD, PhD, Herman Johal, MD, MPH, Roman M. Natoli, MD, PhD, Jennifer E. Hagen, MD, Kyle J. Jeray, MD, Justin T. Fowler, MD, Kevin D. Phelps, MD, Holly T. Pilson, MD, I. Leah Gitajn, MD, Mohit Bhandari, MD, PhD, Gerard P. Slobogean, MD, MPH, Low Adherence to Recommended Guidelines for Open Fracture Antibiotic Prophylaxis, J Bone Joint Surg Am. 2021;103:609-17



ASL LATINA

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del
paziente con trauma grave



Rev.: 00

ALLEGATO 6
Dysphagia Risk score

1 settembre 2025

**● SCALA DI VALUTAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLA
DISFAGIA: DYSPHAGIA RISK SCORE (AMITRANO –PEZZELLA)**

Cognome _____ Nome _____

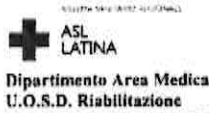
Nato a _____ il _____

| Barrare il quadratino | | | |
|---|-----------------------------|-----|--|
| Età del paziente | SI <input type="checkbox"/> | 1 | |
| <i>Paziente >75 anni</i> | NO <input type="checkbox"/> | 0 | |
| Livello di coscienza | SI <input type="checkbox"/> | 0 | |
| <i>Paziente vigile</i> | NO <input type="checkbox"/> | 1 | |
| <i>Paziente in grado di eseguire ordini semplici</i> | SI <input type="checkbox"/> | 0 | |
| | NO <input type="checkbox"/> | 1 | |
| Test dell'acqua | SI <input type="checkbox"/> | 0 | |
| <i>Paziente in grado di bere un bicchiere d'acqua senza tossire</i> | NO <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Test della tosse | SI <input type="checkbox"/> | 0 | |
| <i>Paziente in grado di tossire</i> | NO <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Presenza di voce umida | SI <input type="checkbox"/> | 3 | |
| | NO <input type="checkbox"/> | 0 | |
| Presenza di scialorrea | SI <input type="checkbox"/> | 0,5 | |
| | NO <input type="checkbox"/> | 0 | |
| Espulsione forzata della saliva | SI <input type="checkbox"/> | 3 | |
| | NO <input type="checkbox"/> | 0 | |
| Presenza di dispnea | SI <input type="checkbox"/> | 2 | |
| | NO <input type="checkbox"/> | 0 | |
| Totale | | | |

| Classificazione del rischio | • Assente totale = 0 | • Basso 0,5 < totale < 3 | • Medio 3 < totale < 5,5 | • Alto totale > 5,5 |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|

| | | |
|-----------|--|------|
| Operatore | | data |
|-----------|--|------|

ALLEGATO 7



SCHEDA RIABILITATIVA PRESSO I REPARTI PER ACUTI

RICHIESTA DI VISITA FISIATRICA

Parte da compilare a cura del reparto richiedente

DATA

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| REPARTO | NOME |
| | INDIRIZZO Az. U.S.L. di |
| C.C. N° | DATA DI NASCITA TEL. |
| LETTO N° | |

Motivo della richiesta: Setting riabilitativo alla dimissione Presa in carico riabilitativa Valutazione clinica

A domicilio: Autonomia nelle ADL primarie SI NO specificare

Diagnosi

MEDICO RICHIEDENTE (Firma e timbro)

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| REFERTO FISIATRICO Dr. | /Medico di Reparto Dr. |
| (Timbro e Firma) | |

INDICAZIONI RIABILITATIVE 1° Proposta

- Non indicata presa in carico Nursing infermieristico
- Situazione da rivalutare (indicare quando).....
- Presa in carico durante la DEGENZA in U.O. SEZ. ACUTI
- Indicata presa in carico riabilitativa dopo la degenza in U.O. SEZ. ACUTI (indicare il tipo di modalità assistenziale)
- Riabilitazione intensiva post-acuzie
- Lungodegenza Medica-Riabilitativa
- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- Unità Spinale
- Centro Spinale
- Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
- Unità per Gravi Patologie Respiratorie
- Riabilitazione territoriale residenziale intensiva estensiva
- Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Indicazioni alla dimissione:

- Ambulatorio presso centro accreditato ex art. 26
- Presidio ambulatoriale di Riabilitazione pubblico o accreditato
- Assistenza Domiciliare
- Situazione da rivalutare in ambulatorio fisiatrico
- Indicata presa in carico presso la seguente struttura:
- Riabilitazione intensiva post-acuzie
- Lungodegenza Medica-Riabilitativa
- Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
- Unità Spinale
- Centro Spinale
- Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
- Unità per Gravi Patologie Respiratorie
- Riabilitazione territoriale residenziale intensiva estensiva
- Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Il Medico Fisiatra (Timbro e Firma)

Barthel Index Modificato (BIM)

| Alimentazione | BIM |
|--|-----|
| Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.) | 10 |
| Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona. | 8 |
| Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc. | 5 |
| Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio). | 2 |
| Totalmente dipendente, deve essere imboccato. | 0 |
| Igiene Personale | BIM |
| Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo. | 5 |
| In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni. | 4 |
| Necessita di aiuto per una o più operazioni. | 3 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 1 |
| Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente. | 0 |
| Farsi il bagno o la doccia | BIM |
| Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatina completa, completamente autonomo. | 5 |
| Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.). | 4 |
| Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi. | 3 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 1 |
| Totalmente dipendente nel lavarsi. | 0 |
| Abbigliamento | BIM |
| Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi. | 10 |
| Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.). | 8 |
| Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento. | 5 |
| Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività. | 2 |
| Totalmente dipendente, non collabora alle attività. | 0 |
| Trasferimenti carrozzina/letto | BIM |
| Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi. | 15 |
| Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza. | 12 |
| Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. | 8 |
| Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento. | 3 |
| Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamat. | 0 |
| Uso del W.C. | BIM |
| Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia). | 10 |
| Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc. | 8 |
| Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani. | 5 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 2 |
| Totalmente dipendente. | 0 |
| Continenza urinaria | BIM |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.) | 10 |
| Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari. | 8 |
| Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari. | 5 |
| Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari. | 2 |
| Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora. | 0 |
| Continenza intestinale | BIM |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri. | 10 |
| Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri. | 8 |
| Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone. | 5 |
| Necessita di aiuto in tutte le fasi. | 2 |
| Totalmente incontinente. | 0 |
| | BIM |

| Deambulazione | | |
|---|--|------------|
| Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore. | | 15 |
| Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio. | | 8 |
| Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili. | | 5 |
| Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione. | | 2 |
| Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare. | | 0 |
| Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina). | | BIM |
| Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt. | | 5 |
| Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette. | | 4 |
| E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc. | | 3 |
| Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre. | | 1 |
| Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina. | | 0 |
| Scale | | BIM |
| E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo. | | 10 |
| Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc. | | 8 |
| Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza. | | 5 |
| Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili. | | 2 |
| Incapace di salire e scendere le scale. | | 0 |
| TOTALE | | |

| Categorie | Punteggi totali Indice di Barthel modificato | Livello di dipendenza |
|-----------|--|-----------------------|
| 1 | 0-24 | Totale |
| 2 | 25-49 | Severa |
| 3 | 50-74 | Moderata |
| 4 | 75-90 | Lieve |
| 5 | 91-99 | Minima |

AZIENDA U.S.L. LATINA

ELENCO STRUTTURE ACCREDITATE EROGATRICI DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE

Tabella 1

| DENOMINAZIONE STRUTTURA | COMUNE | TIPOLOGIA ASSISTENZIALE | | | | | | | | AMB. FKT | |
|---|-----------------|------------------------------------|--|------|------|-------------|-------------|------|------|-------------|-----|
| | | R. POST ACUZIE Cod. 56 | RIAB.IN STRUTTURE RESIDENZIALI TERRITORIALI | | | EX ART 26 | | | | | ADI |
| | | | M A N T. | INT. | EST. | MANT H12 | EST. H12 | AMB. | DOM. | | |
| Casa di cura Villa Silvana S.r.l. | Aprilia | X | | | | | | | | | X |
| Casa di cura Citta di Aprilia S.r.l. | Aprilia | | | | | | | | | | X |
| San Michele Hospital | Aprilia | | X | X | X | | | | | | |
| Residenza Villa Carla | Aprilia | | X | X | X | | | | | | |
| Medical Division Service S.r.l. | Aprilia | | | | | | | | | X | |
| San Rocco S.r.l. | Cist. di Latina | | | | | | | | | | X |
| La Nuova sanità | Cist. di Latina | | | | | | | | | | X |
| G.I.O.M.I. S.p.a. ICOT | Latina | X | | | | | | | | | X |
| Cooperativa OSA | Latina | | | | | | | | | X | |
| Società Medicasa Italia S.p.a. | Latina | | | | | | | | | X | |
| Cooperativa sociale Croce Bianca S.r.l | Latina | | | | | | | | | X | |
| LINDE S.r.l. | Latina | | | | | | | | | X | |
| Società VIVISOL S.r.l. | Latina | | | | | | | | | X | |
| Cooperativa CIR S.r.l. | Latina | | | | | | | | | X | |
| ADI Latina Gruppo GIOMI | Latina | | | | | | | | | X | |
| HARD di Peroni Flora &C | Latina | | | | | | | | | | X |
| FISIOSANISPORT LATINA S.r.l. | Latina | | | | | | | | | | X |
| I.FKT e Riab. di Finestra Carlo &C S.a.s | Latina | | | | | | | | | | X |
| Dott.Izzo Giuseppe | Latina | | | | | | | | | | X |
| I. Fisioterapico Bosizio e Boselli S.n.c. | Latina | | | | | | | | | | X |
| Laboratorio Diagnostica Medica S.r.l. | Latina | | | | | | | | | | X |
| Armonia S.r.l. | Latina | | | | | X | X | X | X | | |
| Progetto Amico S.n.c. | Latina | | | | | | | X | X | | |
| ERRE-D | Latina | | | | | | | X | X | | |
| SANI CHILDREN | Latina | | | | | | | X | X | | |
| ARCOBALENO | Latina | | | | | | | X | X | | |
| Casa di Cura San Marco | Latina | | | | | | | | | | X |
| Rsa Residenza Pontina | Latina | | X | X | X | | | | | | |
| R.S.A. Cori | Cori | | X | X | X | | | | | | |
| Istituto Clara Franceschini | Sabaudia | X | | | | | | | | | |
| R.S.A. San Raffaele S.r.l. | Sabaudia | | X | X | X | | | | | | |
| Centro kinesiterapico Europa S.r.l. | Terracina | | | | | | | | | | X |
| R.S.A. San Giuseppe | Terracina | | X | X | X | | | | | | |
| Casa di cura Villa Azzurra | Terracina | | X | X | X | | | | | | X |
| Ce. R. Te. F. Galeno S.r.l. | Fondi | | | | | | | | | | X |
| Centro di Riabilitazione La Valle | Gaeta | | | | | | X | X | X | | |
| Clinica Casa del Sole S.r.l. | Formia | | | | | | | | | | X |
| Hermes diagnostica S.r.l. | Formia | | | | | | | | | | X |
| Istituto Sacro Cuore | Formia | | | | | X | X | | | | |
| R.S.A. Poggio Ducale | Minturno | | X | X | X | | | | | | |
| R.S.A. Domus Aurea | Castelforte | | X | X | X | | | | | | |

ALLEGATO 11

Elenco delle strutture di riabilitazione post-acuzie presenti nella Regione Lazio per codice disciplina

Tabella 2

| Area territoriale di ASL | Codice | Denominazione | Codice disciplina | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|-------------------|-----|------|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | | | 56 | | | 28 | | | 75 | 60* | |
| | | | ORD | DH | TOT | ORD | DH | TOT | ORD | ORD | |
| RM1 | 120079 | VILLA DOMELIA | | | | | | | | | 21 |
| | 120087 | POLICLINICO ITALIA | 72 | 8 | 80 | | | | | | |
| | 120902 | S. GIOVANNI / ADDOLORATA | 20 | 3 | 23 | | | | | | |
| | 120906 | POLICLINICO UMBERTO I | 24 | 2 | 26 | | | | | | |
| | 120026 | VILLA BÉTANIA | 30 | 3 | 33 | | | | | | 30 |
| | 120146 | S. RITA DA CASCIA | 30 | 0 | 30 | | | | | | |
| | 120163 | SAN FELICIANO | 20 | 0 | 20 | | | | | | |
| | 120179 | OSPEDALE ANCELLE DEL BUON PASTORE | 41 | 4 | 45 | | | | | | 47 |
| | 120180 | AURELIA HOSPITAL | 49 | 5 | 54 | | | | | | |
| | 120264 | VILLA VERDE | | | | | | | | | 60 |
| | 120328 | DON CARLO GNOCCHI | 20 | 0 | 20 | | | | | | |
| | 120285 | OSPEDALE S. FILIPPO NERI | 27 | 3 | 30 | | | | | | |
| | 120000 | SALUS INFIRMORUM | 35 | 3 | 38 | | | | | | 20 |
| 120905 | POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C. | 40 | 0 | 40 | | | | | | 20 | |
| RM2 | 120104 | VILLA FULVIA SRL | 135 | 15 | 150 | | | | | | |
| | 120139 | CLINICA LATINA | | | | | | | | | 30 |
| | 120920 | POLICLINICO TOR VERGATA | | | | | | | | | 20 |
| | 120066 | OSP. S. EUGENIO - OSP. C.T.O. A. ALESINI | 20 | 5 | 25 | 32 | 0 | 32 | | | |
| | 120089 | N. CLINICA LATINA IST. DI NEUROSCIENZE | 10 | 0 | 10 | | | | | | |
| | 120135 | MATER MISERICORDIAE | 36 | 0 | 36 | | | | | | |
| | 120909 | FONDAZIONE S. LUCIA | 138 | 24 | 162 | 42 | 0 | 42 | | | 116 |
| 120915 | CAMPUS BIO MEDICO | 20 | | 20 | | | | | | | |
| RM3 | 120065 | CPO-CENTRO PARAPLEGICI OSTIA | 14 | 1 | | 14 | 1 | 15 | | | |
| | 120103 | POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO | 53 | 6 | 59 | | | | | | 30 |
| | 120113 | VILLA PIA | | | | | | | | | 40 |
| | 120130 | VILLA SANDRA | 130 | 28 | 158 | | | | | | |
| | 120138 | OSPEDALE S. G. BATTISTA-ACISMOM | 199 | 21 | 220 | | | | | | 20 |
| | 120168 | S. RAFFAELE PORTUENSE | 87 | 9 | 96 | | | | | | |
| | 120191 | MERRY HOUSE | | | | | | | | | 41 |
| | 120262 | VILLA MARIA IMMACOLATA | | | 0 | | | | | | 42 |
| | 120901 | S. CAMILLO - FORLANINI | 32 | 2 | 34 | | | | | | |
| | 120910 | SAN RAFFAELE PISANA | 241 | 27 | 268 | | | | | | |
| RM4 | 120197 | SANTO VOLTO S MARINELLA | | | | | | | | | 22 |
| RM5 | 120049 | SS GOLFALONE-MONTEROTONDO | | | | | | | | | 10 |
| | 120052 | ANGELUCCI-SUBIACO | | | | | | | | | 10 |
| | 120088 | I.N.I. SRL DIVISIONE MEDICUS HOTEL | 58 | 6 | 64 | | | | | | |
| | 120186 | NOMENTANA HOSPITAL | 110 | 0 | 110 | | | | | | 98 |
| | 120199 | I.N.I. SRL DIVISIONE VILLA DANTE | 31 | 3 | 34 | | | | | | |
| | 120273 | VILLA LUANA | 20 | 0 | 20 | | | | | | |
| RM6 | 120036 | OSPEDALE VILLA ALBANI ANZIO | 35 | 4 | 39 | | | | | | |
| | 120048 | S. GIUSEPPE DI MARINO | 25 | 3 | 28 | | | | | | |
| | 120082 | VILLA DELLE QUERCE - POLIGEST DI NEMI | 143 | 5 | 148 | | | | | | 55 |
| | 120122 | S RAFFAELE - ROCCA DI PAPA | | | | | | | | | 95 |
| | 120131 | VILLA DEI PINI-MERINVEST DI ANZIO | 29 | 3 | 32 | | | | | | 56 |
| | 120176 | I.N.I. SRL DI GROTTAFERRATA | 60 | 7 | 67 | | | | | | |
| VT | 120280 | SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI | 86 | 9 | 95 | | | | | | |
| | 120015 | VILLA IMMACOLATA | 103 | 0 | 103 | | | | | | 31 |
| RI | 120271 | OSPEDALE BELCOLLE | 16 | 0 | 16 | | | | | | |
| LT | 120019 | POLO UNIFICATO RIETI-AMATRICE | 15 | 2 | 17 | | | | | | 18 |
| | 120200 | P.O. LATINA NORD - SM GORETTI-LATINA | | | | | | | | | |
| | 120212 | ICOT | 109 | 12 | 121 | | | | | | |
| FR | 120214 | IST. FISIOTER. C. FRANCESCHINI-SABAUDIA | 77 | 0 | 77 | | | | | | |
| | 120278 | VILLA SILVANA DI APRILIA | 27 | 3 | 30 | | | | | | |
| | 120216 | PO FROSINONE ALATRI | | | | | | | | | 15 |
| | 120226 | SS TRINITA'-SORA | | | | | | | | | 21 |
| | 120228 | S SCOLASTICA -CASSINO | | | | | | | | | 21 |
| 120277 | EX CENTER HOSPITAL-S.RAFFAELE-CASSINO | 126 | 14 | 140 | | | | | | 20 | |
| 120279 | I.N.I. DIV. DISTACCATA CITTA' BIANCA | 57 | 6 | 63 | | | | | | 69 | |
| | | | 2.650 | 246 | 2896 | 88 | 1 | 89 | 176 | 902 | |

ALLEGATO 12

LOGO DELL'ISTITUTO
CHE FA LA RICHIESTA

MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE (adulti)

N. nosologico Cartella _____

Data compilazione ____/____/____

UO richiedente _____ telefono: _____ fax: _____ email: _____
 richiede la disponibilità di posto in:
 Riabilitazione intensiva post-acuzie
 Lungodegenza Medica-Riabilitativa
 Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA)
 Unità Spinale
 Centro Spinale
 Unità per Gravi Patologie Cardiologiche
 Unità per Gravi Patologie Respiratorie
 Riabilitazione territoriale residenziale intensiva estensiva
 Riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva

Cognome _____ **Nome** _____
 Luogo di nascita _____ data di nascita _____ sesso: F M
 Domicilio _____ telefono _____
 Care-giver di riferimento e recapito _____

PATOLOGIA OGGETTO DEL RICOVERO:

Data d'inizio della menomazione sopraindicata: ____/____/____ Intervento Chirurgico: Si No
 Tipo intervento chirurgico: _____
 _____ Data intervento chirurgico: _____
 Divieto carico: Si: No: Eventuale carico differito a: _____ gg _____

SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA'

CIRS: Indice di severità |__| |__| Indice di comorbidity |__| |__|
 BARTHEL: punteggio complessivo |__| |__| |__| |__|
 Note: _____

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio)
 Ferite Post Chirurgiche Coalescente Deiscenze Altro Altre patologie (specificare).....

| Terapia in atto: | dosaggio | ev | os | Terapia in atto: | dosaggio | ev | os |
|------------------|----------|----|----|------------------|----------|----|----|
| 1 | | | | 3 | | | |
| 2 | | | | 4 | | | |

| CONDIZIONI CLINICHE | | | |
|--|---|---|--|
| Condizioni generali | <input type="checkbox"/> BUONE | <input type="checkbox"/> DISCRETE | <input type="checkbox"/> SCADENTI |
| Paziente stabile dal punto di vista internistico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| Paziente post comatoso | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | SE SI, GCS (punteggio) e durata coma >24 ore |
| Collaborazione | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE |
| Comprensione | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ASSENTE |
| Motilità volontaria | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> ASSENTE |
| Deambulazione | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO | <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE |
| Controllo Tronco | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> ASSENTE |
| Stazione eretta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI, CON AUSILI | <input type="checkbox"/> NO |
| Stazione seduta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| Motilità articolazioni | <input type="checkbox"/> TOTALE | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> ASSENTE |
| Capacità di alimentarsi | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO | DISFAGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Igiene personale | <input type="checkbox"/> AUTONOMO | <input type="checkbox"/> CON AIUTO | <input type="checkbox"/> DIPENDENTE |
| Controllo dell'alvo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> NO |
| Controllo minzione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> PARZIALE | <input type="checkbox"/> NO |
| Catetere vescicale a permanenza | <input type="checkbox"/> SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Presenza cannula tracheale | <input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e data di inserimento.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Ventilazione meccanica | <input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e modalità.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> SI (specificare modalità.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Portatore di CVC | <input type="checkbox"/> SI (specificare il tipo e la sede.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Portatore di CV Periferico | <input type="checkbox"/> SI (sede e data di inserimento.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Presenza di stomie | <input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Fissatore esterno | <input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Apparecchio gessato | <input type="checkbox"/> SI (specificare tipo e sede.....) | <input type="checkbox"/> NO | |
| Infezioni in atto/microrganismi alert* | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Il paziente è in postura di decorticazione o decerebrazione? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Il paziente presenta agitazione psico-motoria ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Il paziente esegue ordini semplici ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE | | |
| Il paziente è | <input type="checkbox"/> paraplegico | <input type="checkbox"/> tetraplegico |
| Livello di lesione documentato all'RX | | |

| RICHIESTA DI TRASFERIMENTO | |
|--|---|
| La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... | <input type="checkbox"/> ACCETTATA <input type="checkbox"/> NON ACCETTATA |
| La richiesta è stata INVIATA IN DATA _____ ALL'ISTITUTO..... | <input type="checkbox"/> ACCETTATA <input type="checkbox"/> NON ACCETTATA |
| Data trasferimento _____ | |
| Timbro e firma del medico del reparto | Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione |
| | |

*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

ALLEGATO 13

INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN CODICE 28

Condizioni neurologiche
Paraplegia Tetraplegia

Livello neurologico della lesione: _____
(N.B. Possibilmente indicare livello lesionale secondo A.S.I.A.)

Impairment Scale: A B C D

S.C.I.M.: _____

Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo: _____

Eventuale patologia o comorbidità di rilievo psichico/psichiatrico no si
Tipo: _____

Condizioni Respiratorie attuali:
Respiro spontaneo no si dal _____

Ventilazione meccanica no si se si: weaning no si

NIV no si modalità _____

Ossigeno terapia: no si Lt/min _____

Drenaggio toracico no si sede _____ dal _____

Cannula tracheostomica no si Tipo: _____ n° _____ dal _____

Altri Devices:
Catetere venoso: centrale periferico sede _____ dal _____

Catetere arterioso sede _____ dal _____

Lesioni cutanee da pressione no si
sede _____ grado _____

sede _____ grado _____

Trombosi Venose Profonde no si sede _____

Infezioni in atto: no si **Germi MDR:** _____

emocoltura: data _____ negativa positiva per _____

broncoaspirato: data _____ negativo positivo per _____

urinocoltura: data _____ negativa positiva per _____

tampone rettale: data _____ negativo positivo per _____

Terapia

Endovenosa _____

Orale _____

Note aggiuntive: _____

Data.....

Nome del Medico

Riferimenti Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero
(Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)

ALLEGATO 14



SCHEDA SANITARIA PER PROPOSTA DI RICOVERO IN R.S.A. O LUNGODEGENZA

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neoplasie | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato cardiovascolare |
| <input type="checkbox"/> Demenza | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato locomotorio |
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti apparato respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti neurologiche |
| <input type="checkbox"/> Sindromi | <input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deambulazione | <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Parzialmente autonoma | <input type="checkbox"/> Non autonoma |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione | <input type="checkbox"/> Autonoma | <input type="checkbox"/> Non autonoma | |
| <input type="checkbox"/> Controllo dell'alvo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Controllo della diuresi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale e permanenza | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Piaghe da decubito | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | |

Sede _____

Stadio _____

Diagnosi _____

Giudizio sull'autosufficienza del paziente

- Autosufficiente
 Parzialmente autosufficiente
 Non autosufficiente

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in R.S.A.

Data _____

Timbro e firma del medico



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINA



DISTRETTO SOCIO SANITARIO LT/1

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

TEL. _____ IN QUALITÀ _____

CHIEDE

LA VALUTAZIONE U.V.T. PER

RICOVERO IN LUOGO DEGENZA

RICOVERO IN R.S.A.

PER

IL
SIG./RA _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

ATTUALMENTE DOMICILIATO IN _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

Il Servizio Assistenza Domiciliare al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini di Diagnosi, cura, prevenzione, ricerca clinica ed epidemiologica in base alla legge N°675/96 concernente la tutela delle Persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

DATA _____

FIRMA _____

SCHEDA SOCIO - ANAGRAFICA PER ACCESSO IN RSA

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Residenza: Comune _____ via _____ n° _____

Telefono _____ codice fiscale _____ tessera sanitaria n° _____

Medico di base _____ Telefono _____

Stato Giuridico:

- 1. Soggetto di diritto
- 2. Soggetto posto a curatela
- 3. Soggetto posto a tutela

Sesso

Maschio Femmina

Stato Civile

- 1. Celibe/a
- 2. Coniugato/a
- 3. Vedovo/a
- 4. Separato/a
- 5. Divorziato/a

Titolo di studio

- 1. Senza titolo di studio
- 2. Licenza elementare
- 3. Licenza scuola media inf.
- 4. Licenza superiore
- 5. Laurea

Professione esercitata in età lavorativa

Ramo di attività

- 1. Agricoltura
- 2. Industria
- 3. Commercio, alberghi, pubblici esercizi
- 4. Pubblica Amministrazione servizi(pubblici e privati)

Posizione nella professione

- 1. Imprenditore
- 2. Dirigente o Impiegato
- 3. Lavoratore in proprio o coadiuvante
- 4. Lavoratore dipendente

Condizione non professionale

- 1. Casalinga
- 2. Invalido
- 3. Altro

Pensione percepita

- 1. Sociale
- 2. Reversibilità
- 3. Assegno accompagnamento
- 4. Vecchiaia
- 5. Assicurazione
- 6. Altro
- 7. Invalidità
- 8. Vitalizio
- 9. Nessuna

Ha disposizione un alloggio?

si no

1. di proprietà

2. in affitto

canone mensile _____

3. in casa con figli

4. di altri parenti

E' adeguato

si no

Composizione del nucleo dei conviventi

1. con genitori

2. con coniuge

anno di ascita _____

3. con figli n° 1 2 3

4. con genitori

5. altri parenti

6. altri non parenti

7. con personale retribuito

8. in casa di riposo o altra struttura (indicare) _____

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art.433 del Codice Civile

_____ Cod. fiscale _____

_____ Cod. fiscale _____

Reddito totale anno solare precedente _____

Firma del dichiarante _____

| | | |
|--|--|--|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave ALLEGATO 15 Revised Trauma Score |  REGIONE LAZIO |
| | | Rev.: 00 |
| | | 16 marzo 2026 |

Secondo le linee guida dell'American College of Surgeons è il Revised Trauma Score (RTS) il punteggio da utilizzare nel triage extraospedaliero come pure nella valutazione intraospedaliera o per le decisioni sui trasferimenti interospedalieri dei pazienti traumatizzati.

Il RTS si basa sulla combinazione del punteggio del GCS con quello derivante dalla valutazione della pressione sistolica e della frequenza respiratoria.

Ad ogni variabile è assegnato un punteggio che va da 4 (normale) a 0

| Glasgow Coma Scale | P A sistolica | Frequenza respiratoria | punteggio |
|--------------------|---------------|------------------------|-----------|
| 13 - 15 | > 89 | 10 - 29 | 4 |
| 9 - 12 | 76 - 89 | > 29 | 3 |
| 6 - 8 | 50 - 75 | 6 - 9 | 2 |
| 4 - 5 | 1 - 49 | 1 - 5 | 1 |
| 3 | 0 | 0 | 0 |

Il RTS è dinamico e può essere calcolato diverse volte durante il trattamento di un trauma così da monitorare il miglioramento o meno delle condizioni del paziente. Il punteggio massimo è 12. **Uno score inferiore a 10 indica un trauma severo**



ALLEGATO 16
Injury Severity Score

Injury Severity Score; ISS

| Region | Injury Description | AIS | Square Top Three |
|------------------------|--------------------------|-----|------------------|
| Head & Neck | Cerebral Contusion | 3 | 9 |
| Face | No Injury | 0 | |
| Chest | Flail Chest | 4 | 16 |
| Abdomen | Minor Contusion of Liver | 2 | |
| | Complex Rupture Spleen | 5 | 25 |
| Extremity | Fractured femur | 3 | |
| External | No Injury | 0 | |
| Injury Severity Score: | | | 50 |

| AIS Score | Injury | ISS |
|-----------|------------|----------------|
| 1 | Minor | 1-8 Minor |
| 2 | Moderate | 9-15 Moderate |
| 3 | Serious | 16-24 Serious |
| 4 | Severe | 25-49 Severe |
| 5 | Critical | 50-74 Critical |
| 6 | Survivable | 75 Maximum |

