

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## **PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano**

**PDTA per la gestione della  
frattura di femore nell'anziano**

**Dipartimento  
Interpresidio di  
Emergenza-Urgenza  
Presidio di Ozieri**

**SC. Pianificazione strategica,  
Organizzazione aziendale e  
governance**

**Vers.1/2025  
Rev.00**

**30/06/2025**

<b>Redazione</b>	<b>Verifica</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Pubblicazione</b>
<p><b>Direttore S.C. Anestesia TI multidisciplinare e Terapia Antalgica P.O. Ozieri</b> <b>Dott. Davide Piredda</b></p> <p><b>Direttore S.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. Ozieri</b> <b>Dott. Giorgio Patta</b></p> <p><b>Direttore S.C. Medicina di Accettazione e di Urgenza P.O. Ozieri</b> <b>Dott. Luca Pilo</b></p>	<p><b>Direttore Dipartimento I.P. Emergenza Urgenza</b> <b>Dott. Giuseppe Carta</b></p> <p><b>Direttore di Presidio Ospedaliero Ozieri</b> <b>Dott.ssa Elvira Anna Solinis</b></p> <p><b>Dirigente Medico S.C. Pianificazione Strategica, Organizzazione aziendale e Governance</b> <b>Dott.ssa Claudia Dessanti</b></p>	<p><b>Direttore sanitario</b> <b>Dott. Piero Delogu</b></p> <p><b>Commissario straordinario</b> <b>Dott. Ing. Paolo Tauro</b></p>	<p><b>S.C. Pianificazione strategica, organizzazione aziendale e Governance</b></p>

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## Sommario

1. Premessa .....	4
2. Scopo/Obiettivo .....	5
3. Campo di applicazione .....	6
4. Abbreviazioni e terminologia .....	6
5. Costituzione gruppo lavoro .....	7
6. Matrice delle responsabilità .....	7
7. Descrizione delle attività .....	8
7.1    Gestione in Pronto Soccorso-Medicina di Accettazione e di Urgenza .....	8
7.2    Valutazione ortopedica/chirurgica .....	13
8. Approccio Nosografico .....	15
9. Valutazione anestesiologica .....	17
10. Gestione preoperatoria .....	19
11. Gestione operatoria .....	21
12. Gestione postoperatoria .....	25
13. Riabilitazione precoce .....	27
14. Diagramma di flusso .....	29
15. Indicatori .....	30
16. Conservazione e distribuzione dei documenti .....	30
17. Riferimenti bibliografici .....	30

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 1. Premessa

Le fratture di femore prossimali nell'anziano rappresentano un evento con un significativo impatto sulla qualità di vita del paziente e ricadute considerevoli in termini di Salute pubblica nel nostro Paese.

Come riportato dai diversi dati epidemiologici disponibili, oltre il 90% delle fratture di femore prossimali colpiscono soggetti di età superiore ai 65 anni e sono il risultato di traumi da caduta accidentale spesso associati a fattori predisponenti quali osteoporosi dell'anziano. Nella maggioranza dei casi la frattura femorale nel paziente anziano comporta oltre la chirurgia, il ricovero in una struttura di riabilitazione, obbligando l'anziano a un nuovo adattamento in un ambiente sconosciuto che ne scompensa i delicati equilibri di vita. **Le Linee Guida (LG) della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia pubblicate dal Sistema Nazionale Linee Guida raccomandano il ricorso all'intervento chirurgico nel più breve tempo possibile, possibilmente entro le prime 24 ore - non oltre 48 ore dall'ingresso in ospedale, dopo rapida stabilizzazione di eventuali patologie associate in fase di squilibrio acuto.**

La precocità dell'intervento è uno degli obiettivi principali da perseguire, diversi studi hanno rilevato una associazione tra ritardo dell'intervento ed incremento della mortalità a breve e lungo termine. Ritardi oltre le 48 h sono associati a un raddoppio del rischio di complicanze mediche maggiori (embolia polmonare eventi cardiaci, sepsi, insufficienza respiratoria e renale), ma anche ritardi oltre le 24 h aumentano il rischio di eventi avversi definiti minori quali TVP, delirium e infezioni. Le evidenze scientifiche suggeriscono come l'allungamento dei tempi di attesa si riflette sull'aumento dei tempi di degenza, con conseguente incremento della morbosità da lesioni da pressione, polmoniti, complicanze tromboemboliche, della mortalità o del fallimento riabilitativo.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

Il tempo di attesa preoperatorio rappresenta una sfida importante per le strutture sanitarie, ed implica il coordinamento tra più reparti e funzioni, dall'arrivo del paziente in Pronto Soccorso al suo accesso alla sala operatoria, sulla base di un modello di integrazione multidisciplinare tra Dipartimento di Emergenza Accettazione, Servizi Diagnostico-Assistenziali, Strutture Complesse di Ortopedia-Traumatologia e Medicina-Geriatria.

## 2. Scopo/Obiettivo

L'obiettivo generale che il presente PDTA intende perseguire, è quello di migliorare, standardizzare e rendere omogenea l'assistenza del paziente anziano con frattura di femore specie nella fase operativo-riabilitativa ospedaliera.

Le indicazioni contenute nel documento si applicano al paziente anziano con frattura di femore e si propone di contestualizzare il percorso in sicurezza, mediante la riduzione degli interventi inappropriati, rintracciabilità e verificabilità di tutte le azioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali al fine di attuare l'intervento chirurgico nel più breve tempo possibile. Diviene necessario un approccio multidisciplinare attraverso la formazione di un team che coinvolga in modo trasversale gli operatori sanitari delle Strutture diversamente competenti in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale al fine di ottenere un approccio condiviso e definito di riferimento.

Dal punto di vista metodologico per la stesura del documento il gruppo di lavoro ha seguito il seguente percorso:

1. linee guida di riferimento e letteratura;
2. analisi PDTA di altre realtà nazionali;
3. analisi delle modalità operative e organizzative per valutare la possibilità di eventuali adattamenti al contesto specifico
5. elaborazione del PDTA.

Il PDTA in sintesi concorre quindi a:

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- uniformare i comportamenti dei professionisti che trattano il paziente, avvicinandoli alle raccomandazioni basate sull'evidenza;
- qualificare i livelli di assistenza e trattamento, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia;
- creare integrazione e linguaggi condivisi tra i professionisti coinvolti nella gestione del problema clinico;
- promuovere appropriatezza, qualità e continuità delle cure.

### 3. Campo di applicazione

Il campo di applicazione è il territorio di afferenza dell’Azienda Socio Sanitaria Locale di Sassari ed il Presidio ospedaliero di Ozieri, contenente la S.C. di Ortopedia e Traumatologia in seno al Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza.

Le Strutture coinvolte nella gestione oggetto del PDTA sono l’Emergenza territoriale (ET), il Pronto Soccorso-Medicina di Accettazione e d’Urgenza (PS), l’Ortopedia e Traumatologia (OT), l’Anestesia e Rianimazione (AR), il Blocco Operatorio (BO), la Cardiologia, la Radiologia, la Medicina di Laboratorio (ML), la Geriatria/Medicina Interna (MI) e la Fisiatria e Riabilitazione.

### 4. Abbreviazioni e terminologia

LG	Linee Guida
ET	Emergenza Territoriale
OT	Ortopedia Traumatologia
AR	Anestesia Rianimazione
ML	Medicina Laboratorio
MI	Medicina Interna

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza</b> <b>Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 5. Costituzione gruppo lavoro

- Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance;
- Direttore di Presidio Ozieri;
- Direttore di Presidio di Alghero;
- Direttore Dipartimento Interpresidio Emergenza-Urgenza;
- Direttore S.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. di Ozieri;
- Direttore S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Ozieri;
- Direttore S.C. Medicina di Accettazione e di Urgenza P.O. Ozieri;
- Direttore S.S.D. Cardiologia P.O. Ozieri
- Responsabile S.S.D. diagnostica per Immagini P.O. Ozieri;
- Direttore S.S.D. Diagnostica di Laboratorio P.O. Ozieri;
- Direttore S.S.D. Recupero e riabilitazione P.O. Ozieri;
- Responsabile S.S.D. Gestione Blocco Operatorio;
- I.F.O. coordinamento Blocco Operatorio P.O. Ozieri.

## 6. Matrice delle responsabilità

ATTIVITA'	Fisiatra	Internista	Cardiologo	Blocco operatorio	Radiologo	Laboratorista	Ortopedico	Anestesista	Medico PS
FUNZIONI									
Primo accesso									
Diagnosi							I	I	R
Esami, consulenze preop.									
Esecuzione esami preoperatori					R	I	I	C	
Esecuzione RX				R		I	I	C	
Presa in carico reparto						R	I	C	

**SC. Pianificazione strategica,  
Organizzazione aziendale e  
governance**
**Vers.1/2025  
Rev.00**
**30/06/2025**

EVENTUALI consulenze di completamento		C	C		C	C	R	R	
Inserimento lista e preparazione				C			R	C	
Intervento				R			R	R	
Riabilitazione	R						C		

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

## 7. Descrizione delle attività

### 7.1 Gestione in Pronto Soccorso-Medicina di Accettazione e di Urgenza

Questa fase ha inizio con l'accesso del paziente **in Pronto Soccorso-Medicina di Accettazione e di Urgenza**, ed è finalizzata all'accoglimento, alla diagnosi, al trattamento e all'inizio della riabilitazione. Il paziente che arriva in PS con sospetta frattura di femore deve ricevere in triage un codice di priorità arancione e deve essere inviato tempestivamente agli accertamenti necessari per la conferma diagnostica.

Le principali figure professionali che entrano in gioco nella fase iniziale sono:

- Infermiere di triage (Codice di Triage/Priorità);
- Medico di Pronto Soccorso-Medicina di Accettazione e d'Urgenza (PS) presa in carico, valutazione clinica, richiesta esami di accertamento comprendenti la richiesta di radiogrammi di anca sia in proiezione AP che assiale, richiesta delle consulenze specialistiche ove necessario;
- Radiologo (diagnosi di frattura);
- Ortopedico (pone indicazione al trattamento chirurgico, richiede UEC);
- Anestesista/Rianimatore (figura necessaria per la programmazione del timing chirurgico, per la valutazione del rischio perioperatorio e per la pianificazione della

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

tecnica anestesiologica che deve tenere in considerazione sia le comorbidità del paziente sia le terapie farmacologiche in atto).

Gli obiettivi di questa fase sono:

- fornire la valutazione iniziale al paziente con sospetta frattura del collo del femore, confermando la diagnosi e stabilizzandone le condizioni cliniche;
- verificare l'operabilità;
- ricercare per il paziente l'idonea sede di degenza preoperatoria;

Le azioni da intraprendere sono basate sulla valutazione clinica complessiva del paziente considerando le sue condizioni generali, il suo stato mentale, le circostanze del trauma, la sua capacità o meno di esprimere un consenso informato all'intervento chirurgico, la sua eventuale interdizione, la presenza di parenti e il loro coinvolgimento nel percorso perioperatorio.

**Soltamente viene attribuito un codice di priorità ARANCIONE.**

Accettato in Pronto Soccorso e assegnato codice colore, il paziente viene preso in carico dal Medico di Accettazione e di Urgenza che esegue la prima valutazione e imposta la richiesta di diagnostica radiologica, laboratoristica

**N.B.: Eseguiti gli accertamenti previsti, viene richiesta la consulenza ortopedica e anestesiologica con sistema Galileo previa chiamata del collega specialista per valutazione urgente differibile (codice arancione).**

**Al termine di tali procedure il paziente verrà ricoverato presso la S.C. di Ortopedia, anche laddove venga a mancare l'indicazione al trattamento chirurgico per competenza e continuità assistenziale. Il tutto dovrà avvenire nel minor tempo possibile, al fine di garantire una rapida presa in carico del malato e, nel contempo, evitare di congestionare le attività in emergenza urgenza del Pronto Soccorso.**

Alla presa in carico del paziente devono essere considerate:

- eventuali comorbidità e terapia domiciliare in atto;

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- stato mentale;
- rischio di lesioni da pressione;
- idratazione e nutrizione;
- bilancio dei liquidi;
- controllo del dolore;
- temperatura corporea;
- continenza;
- condizioni di autonomia deambulatoria precedente il trauma recente;
- abilità funzionali precedenti;
- situazione sociale ed eventuale presenza di parente o accompagnatore;

Nella gestione clinica precoce è raccomandato:

- scaldare il paziente fino alla normotermia;
- sommministrazione O2 supplementare se SpO2 < 92%;
- terapia antidolorifica adeguata per consentire anche solo la tollerabilità della posizione supina e il regolare e confortevole cambiamento di posizione del paziente.

Un controllo efficace del dolore è fattore determinante nella gestione di questi pazienti e, dal punto di vista antalgico, l'intervento chirurgico costituisce la forma di trattamento più efficace e garantisce la possibilità di una mobilizzazione e riabilitazione precoce. Il dolore è uno dei sintomi più significativi per il paziente con femore fratturato ed è essenziale garantirne un adeguato controllo fin dalla presa in carico da parte del personale di soccorso sul territorio. Il trattamento del dolore non può prescindere da una sua accurata misurazione attraverso scale validate. L'età avanzata e l'eventuale decadimento cognitivo possono rendere difficile la valutazione

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

del dolore. In linea di massima la scala di valutazione più impiegata è la NRS (scala numerica del dolore). Nonostante ciò la terapia antalgica deve essere impostata già sul territorio e rivalutata ed adeguata in PS. Un controllo insufficiente del dolore in fase preoperatoria crea sofferenza ed è associato ad aumentato rischio di delirium, mentre nel postoperatorio può ritardare la mobilizzazione e aumentare il rischio di complicanze connesse all'immobilità prolungata. La somministrazione di analgesico può essere locoregionale o sistemica (tabella raccomandazioni SIOT 2021);

- radiografie dell'arto inferiore interessato dalla lesione (RX bacino + Rx anca + proiezione assiale), eventualmente di altri distretti sede di trauma recente;
- In caso di sospetta frattura del femore prossimale non evidenziata sui radiogrammi in proiezione AP e assiale di qualità adeguata, secondo le Raccomandazioni SIOT, l'esame consigliato è la TC a meno che non sia disponibile (e non controindicata) una RM in tempi brevi;
- eseguire RX torace;
- esami ematologici per inquadramento dello stato generale e a scopo di valutazione anestesiologica preoperatoria;
- eseguire determinazione del Gruppo sanguigno + compatibilità sacche emazie;
- elettrocardiogramma refertato;
- profilassi antitromboembolica;
- valutazione ortopedica per presa in carico;
- profilassi antibiotica precoce a giudizio dell'ortopedico;
- valutazione anestesiologica se sussiste l'indicazione all'intervento chirurgico da parte dello specialista ortopedico richiesta mediante sistema Galileo e previa chiamata del collega specialista per valutazione urgente differibile (codice arancione).

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

### Raccomandazioni SIOT 2021

Gestione del dolore Si raccomanda di valutare sistematicamente il dolore attraverso scala idonea:

- all'arrivo in ospedale;
- entro 30 minuti dalla somministrazione dei primi analgesici;
- ogni ora fino all'avvenuto trasferimento in reparto;
- regolarmente nell'ambito dell'osservazione infermieristica di routine nel corso del ricovero;
- trattare il dolore immediatamente all'arrivo in ospedale del paziente con sospetta frattura del femore prossimale, anche in caso di deterioramento cognitivo;
- scegliere analgesico e dosaggio adeguati all'età ed effettuare un controllo stretto per i possibili effetti collaterali;
- assicurarsi che il trattamento antalgico sia sufficiente a consentire i movimenti necessari alle procedure diagnostiche (come indicato dalla capacità di sopportare l'extra rotazione passiva dell'arto), alle cure assistenziali e alla riabilitazione;
- somministrare paracetamolo come analgesico di prima scelta ogni 6 ore, a meno di controindicazioni;
- somministrare oppioidi se il paracetamolo da solo non è sufficiente;
- valutare l'opportunità di aggiungere il blocco nervoso periferico per alleviare il dolore e limitare l'uso degli oppioidi;
- si sconsiglia l'uso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS)

**Il paziente proveniente da altri Presidi Ospedalieri e/o da altra ASSL per accordi diretti con il Reparto di OT, deve essere previamente valutato da AR della sede di provenienza per assegnazione della Classe di rischio al trasferimento (Ehrenwert), predisposizione in sicurezza dello stesso e compatibilità della sede di destinazione col trattamento richiesto, specie in considerazione delle comorbilità.**  
**Se presenti i fattori di rischio cardiovascolari, deve essere eseguita nella sede di provenienza anche la valutazione cardiologica finalizzata all'eventuale intervento.**

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

**---N.B.: La richiesta anestesiologica preoperatoria va fatta all'arrivo in sede mediante sistema Galileo e previa chiamata del collega specialista per valutazione urgente differibile (codice arancione).**

## 7.2 Valutazione ortopedica/chirurgica

Il paziente con frattura del femore deve essere preso in carico con approccio possibilmente multidisciplinare, fin dal momento del ricovero, secondo un percorso di gestione condivisa. La valutazione multidisciplinare ha come obiettivo prioritario la gestione precoce delle condizioni di salute del paziente (NICE 2011) e la valutazione del rischio chirurgico ai fini della pianificazione della strategia terapeutica e l'ottimizzazione del timing dell'intervento.

Allo scopo è necessario:

- acquisire e documentare il più precocemente possibile i dati anamnestici riguardanti modalità di cadute, patologie pregresse, terapia farmacologica in atto, allergie, bilancio funzionale globale;
- effettuare esame obiettivo completo compreso quello neurologico;
- valutare gli esami eseguiti per l'inquadramento diagnostico e anestesiologico.

Il reparto di degenza che normalmente accoglie il paziente con frattura del femore è quello di Ortopedia e Traumatologia. Dopo il ricovero in reparto ortopedico il paziente deve essere avviato ad una valutazione clinica atta alla programmazione dell'intervento chirurgico stesso. Qualora il paziente presenti contestuale acuzie di patologie internistiche che possono compromettere la tempestiva operabilità, è necessaria una valutazione internistica atta all'identificazione e alla gestione delle condizioni che potrebbero ritardare l'intervento chirurgico. Le linee guida SIOT

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

raccomandano di identificare e trattare immediatamente eventuali comorbidità correggibili, cosicché l'intervento chirurgico non sia ritardato da:

- anemia;
- deficit di coagulazione;
- ipovolemia;
- squilibrio elettrolitico;
- diabete scompensato;
- insufficienza cardiaca non compensata;
- aritmia cardiaca correggibile o ischemia pregressa;
- infezione acuta delle vie respiratorie;
- aggravamento di patologie croniche delle vie respiratorie;
- delirium.

In questo caso il paziente, potrà essere ricoverato in ambiente internistico fino a stabilizzazione del quadro clinico e, successivamente, se permane indicazione al trattamento chirurgico, dovrà essere preso in carico dall'Ortopedia nei tempi più rapidi possibili.

L'eventuale indicazione ad intervento chirurgico di osteosintesi della frattura del collo del femore o impianto protesico viene formulata dallo specialista Ortopedico sulla base delle caratteristiche della frattura, sulle condizioni cliniche complessive del paziente, sulle capacità deambulatorie del paziente precedenti al trauma recente. L'ortopedico è tenuto alla compilazione dell'apposito modulo cartaceo relativo alla programmazione delle urgenze in sala operatoria indicando che l'intervento deve essere fatto nelle 48 ore dall'accettazione del paziente. Il modulo verrà dallo stesso prontamente inviato in sala operatoria brevi manu o via posta elettronica istituzionale. Spetta all'ortopedico la richiesta di sangue ed emoderivati in previsione di intervento chirurgico.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 8. Approccio Nosografico

Le fratture del femore possono essere così suddivise:

- fratture mediali (anche intracapsulari);
- fratture laterali (anche extracapsulari).

Quelle mediali interessano il collo del femore fino alla sua base e possono essere ulteriormente suddivise in fratture sottocapitate e fratture transcervicali o mediocervicali.

Le fratture laterali vengono suddivise in basicervicali, pertrocanteriche e sottotrocanteriche. In considerazione della tipologia di frattura si riconoscono:

### 1. fratture sottocapitate: 47% dei casi



 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 2. fratture pertrocanteriche: 44% dei casi



## 3. fratture sottotrocanteriche 9% dei casi



 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza</b> <b>Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- **fratture sottocapitate:** preferibile artroprotesi o endoprotesi;
- **fratture pertrocanteriche:** preferibile fissazione interna e sostegni;
- **fratture sottotrocanteriche:** fissazione interna e sostegni.

Nei pazienti con frattura intracapsulare scomposta del femore si raccomanda la sostituzione protesica (endoprotesi o artroprotesi).

Si raccomanda la protesi nei casi in cui si voglia ridurre al minimo la possibilità di un reintervento, in ragione del maggiore tasso di fallimenti della sintesi, in particolare nelle fratture potenzialmente instabili.

Si raccomanda di utilizzare una vite-placca o un chiodo endomidollare nei pazienti con fratture pertrocanteriche. Per le fratture sottotrocanteriche e oblique inverse si consiglia il chiodo endomidollare (Raccomandazioni SIOT 2021).

**I pazienti over 65 con frattura del femore devono essere operati in sale operatorie di traumatologia programmate e preferibilmente nelle ore diurne.** Sarebbe opportuno evitare digiuni protracti e rinvii legati a indisponibilità delle sale operatorie. Il trattamento conservativo è considerabile nei casi di pazienti con pluricomorbilità severe, non deambulanti con nessuna possibilità riabilitativa e allettati.

## 9. Valutazione anestesiologica

La valutazione anestesiologica è da eseguirsi in tutti i casi in cui sussiste l'indicazione ad intervento chirurgico, data dal collega ortopedico, previa consulenza. L'Anestesista deve essere chiamato dallo Specialista che al momento ha in carico il paziente quando presenti i seguenti esami:

-ematochimici preoperatori;  
-RX torace;  
-elettrocardiogramma refertato.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza</b> <b>Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

La valutazione anestesiologica va eseguita in Pronto Soccorso, in caso di precoce ricovero presso Reparto di degenza, la valutazione anestesiologica potrà essere eseguita in Reparto ma dovrà essere organizzata precocemente con la finalità di consentire l'eventuale intervento chirurgico prima possibile. La richiesta va fatta mediante sistema Galileo e previa chiamata del collega specialista per valutazione urgente differibile (codice arancione).

La visita anestesiologica ha la finalità di valutare le condizioni cliniche del paziente prima dell'intervento chirurgico, programmare eventuali approfondimenti diagnostici preoperatori, valutare la terapia del dolore in atto, valutare il rischio anestesiologico perioperatorio determinando quindi un giudizio di operabilità presso il Presidio Ospedaliero o di operabilità in generale.

L'anestesista durante la visita preoperatoria dovrebbe valutare, comunicare al paziente e ai chirurghi il rischio perioperatorio e la pianificazione della tecnica anestesiologica che deve tenere in considerazione sia le comorbidità del paziente sia le terapie farmacologiche in atto. Talvolta il rischio associato all'anestesia può essere talmente elevato da sconsigliare l'intervento chirurgico.

La valutazione anestesiologica del paziente anziano con frattura del collo del femore deve tenere conto dell'importanza di sottoporre il paziente ad intervento chirurgico quanto prima e comunque non oltre le 48 ore dal suo accesso, salvo sussistano controindicazioni documentate.

Pur in assenza di un'evidenza definitiva che stabilisca la superiorità dell'anestesia loco-regionale rispetto all'anestesia generale, la scelta della tecnica anestesiologica deve essere adattata alla procedura chirurgica, alla coesistenza di malattie soprattutto cardiorespiratorie ed alla necessità di prevenire complicanze.

L'anestesia neuroassiale (spinale, peridurale e combinata spino-epidurale) e i blocchi nervosi plessici con ECO ed ENS guidati sembrano presentare nella chirurgia ortopedica dell'anziano alcuni benefici dovuti all'effetto simpaticolitico indotto dall'anestetico locale, ridotta perdita ematica durante l'intervento, ridotta incidenza di TVP post intervento, migliore analgesia postoperatoria, minor incidenza di complicanze polmonari (polmonite, prolungati tempi di ventilazione meccanica nei pazienti BPCO) e di delirium postoperatorio. Tuttavia la scelta della

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell’anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

**tecnica non dovrebbe ritardare l’esecuzione dell’intervento nelle tempistiche previste dalle evidenze scientifiche.**

## 10. Gestione preoperatoria

Il tempo che intercorre tra prima valutazione del paziente e l’invio in sala operatoria deve essere utilizzato per migliorare le condizioni cliniche generali, mantenere o ripristinare il volume circolatorio, trattare scompensi di eventuali comorbilità presenti, mantenere un buon controllo del dolore.

In particolare deve essere eseguito:

- controllo della temperatura corporea;
- controllo della diuresi (non è comunque consigliato l’obbligo di catetere vescicale salvo non sia necessario il completo monitoraggio della diuresi);
- monitoraggio della saturazione di ossigeno;
- controllo delle eventuali lesioni da pressione;
- monitoraggio del mantenimento dell’equilibrio idro-elettrolitico;
- sommministrazione dei farmaci domiciliari e aggiuntivi;
- sospensione di farmaci che potrebbero determinare controindicazione assoluta o relativa all’intervento chirurgico.

Prima dell’invio del paziente in sala operatoria bisogna accertarsi dell’avvenuto consenso informato scritto e riportato in cartella clinica all’intervento chirurgico e all’anestesia.

La Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha individuato delle comorbidità e delle condizioni del paziente correggibili e delle condizioni non correggibili. L’intervento chirurgico potrebbe infatti dover essere procrastinato dopo le 24-48 ore qualora fossero presenti alcune condizioni che

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

necessitano di correzione pre-operatoria: ad esempio gravi alterazioni elettrolitiche o anemizzazione severa del paziente.

Di seguito vengono riportate le motivazioni considerate accettabili, per procrastinare l'intervento di frattura del femore nell'anziano oltre le 24-48 ore.

Il riscontro di almeno una delle seguenti alterazioni, richiede una correzione quanto più rapida possibile:

-Hb < 8 g/dl;

-Na+ >150, < 120 mmol/l;

-K+ > 6 < 2.8 mmol/l;

-diabete scompensato;

-infezione polmonare in atto, sepsi, segni di disfunzione d'organo severa;

-aritmia reversibile con FC > 120/min;

-scompenso cardiaco acuto;

-ipotensione (PAS < 90 mmHg).

Per quanto riguarda la gestione perioperatoria dei farmaci, particolare attenzione deve essere posta ai farmaci antiaggreganti e anticoagulanti soprattutto per quanto riguarda la scelta del tipo di anestesia. L'utilizzo molto diffuso di questa categoria di farmaci può produrre una consistente posticipazione dell'intervento in pazienti peraltro clinicamente stabili. Si rimanda a quanto schematizzato nelle Buone Pratiche Cliniche "La gestione anestesiologica della frattura del femore nel paziente anziano" della SIAARTI per i criteri di operabilità e di esecuzione di anestesia neuroassiale nella tabella sottostante.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

Farmaco	Operabilità	Anestesia neuroassiale
Warfarin	operabile con INR <2. Se INR>1,5, consigliabile somministrazione di 1-3 mg di vitamina K ev PCC indicato nel caso non si riesca ad ottenere INR<1,5 dopo reverse con vitamina k	INR<1,5
Anti-fattore X (rivaroxaban, apixaban, edoxaban)	dopo 12-48h dall'ultima dose	dopo 24-72h, → attendere 40-72h, se dosaggi maggiori, creatinina > 1,5 mg/dl, età > 80 anni, peso <60 Kg
Anti-fattore II (dabigatran)	dopo 24-48h dall'ultima dose considerare idarucizumab (Praxbind) 5 g ev come reverse rapido	incompatibile con chirurgia < 48h o solo dopo Praxbind; se CrCl ≥80 ml/min attendere 72h se 50 < CrCl<79 → 96h se 30 < CrCl<49 →120h se CrCl < 30 sconsigliato
Cardioaspirina	Non controindicato	Non controindicato
Antiaggreganti (clopidogrel, ticlopidina, prasurgrel e ticagrelor)	non ritardare l'intervento monitorare il sanguinamento	incompatibile con chirurgia < 48h considerare AG + blocco periferico (sempre in caso di DAPT)
LMWH a dose profilattica	Ultima dose 12 ore prima	Dopo 12 ore
LMWH a dose terapeutica	Ultima dose 24 ore prima	Dopo 24 ore
UFHs (eparine non frazionate)	sospendere infusione 2-4h prima dell'intervento	Dopo 4 ore

## 11. Gestione operatoria

**L'intervento chirurgico deve essere eseguito rapidamente nei soggetti clinicamente stabili in modo da ridurre l'attesa preoperatoria entro le 24-48 ore.** Obiettivo dell'intervento chirurgico è ottenere una sintesi stabile della frattura per consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico. La scelta della tecnica chirurgica, guidata da questo obiettivo, non dipende solo dal tipo di frattura, ma

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

anche dallo stato funzionale, dalla comorbilità, dalle patologie acute in atto e dalla aspettativa di vita del paziente. Pertanto anche per questo aspetto altamente specialistico sono necessarie le informazioni acquisite in fase di programmazione preoperatoria.

**La somministrazione della profilassi antibiotica perioperatoria deve avvenire almeno 30 minuti, ma non più di 60 minuti prima dell'incisione cutanea, nel caso degli antibiotici più comunemente usati.** Se la durata dell'intervento raggiunge il doppio dell'emivita del farmaco è necessaria un'ulteriore somministrazione (*redosing*), come nel caso della cefazolina quando l'intervento chirurgico si prolunghi oltre le 4 ore. Il *redosing* è indicato anche in caso di perdita ematica superiore a 1500 ml, insieme a un adeguato riequilibrio emodinamico.

Seguono le fasi necessarie per l'intervento chirurgico e la gestione del paziente nel reparto operatorio, composte da:

- accoglienza nel reparto operatorio e compilazione scheda SISPaC;
- identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- monitoraggio parametri vitali;
- mantenimento normotermia;
- preparazione anestesia considerando che il paziente anziano e fragile ha il più alto rischio postoperatorio per morbilità e mortalità.

Devono comunque sempre essere associati:

- trattamento multimodale del dolore;
- fluidoterapia attentamente dosata;
- prevenzione dell'ipotermia;
- adeguato posizionamento sul letto operatorio;

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza</b> <b>Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- eventuale controllo preoperatorio mediante amplificatore di brillanza per la riduzione della frattura;
- intervento chirurgico;
- eventuale controllo radiografico postoperatorio.

Per la gestione appropriata della eventuale terapia di supporto trasfusionale occorre un'adeguata valutazione del rischio emorragico (inclusa anamnesi emorragica familiare e personale ed uso di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti), l'incremento di HCT di circa 30% nei pazienti anemici e piastrinopenici, previa correzione della conta piastrinica in questi ultimi.

In sede intraoperatoria sono indispensabili valutazione e monitoraggio intraoperatorio del sangue perso, dell'Hb/HCT, dei segni di inadeguata perfusione e ossigenazione degli organi vitali (lattacidemia), della conta piastrinica e di PT, aPTT, fibrinogeno, AT, D-dimero, controllo volemico e ripristino della volemia con cristalloidi.

*Indicazioni alla trasfusione di emoderivati:*

- se perdite di volume ematico inferiori al 15% non fare ricorso alla trasfusione nei pazienti senza preesistente anemia;
- se la perdita è compresa tra il 15 e il 30% si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale con EC solo in presenza di anemia preesistente o di concomitante patologia cardiopolmonare;
- se perdite ematiche del 30-40% si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale di supporto con emazie anche se, in soggetti precedentemente sani, può essere sufficiente il solo ripristino volemico;
- la trasfusione di EC si pone come provvedimento salvavita per perdite superiori al 40%;
- nel paziente con sanguinamento in atto si suggerisce la trasfusione di PLT se la conta è < 50x1000/L;

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- nel paziente chirurgico con sanguinamento in atto si suggerisce di non ricorrere alla trasfusione di PLT se la conta è > 100x1000/L;
- in ogni caso appare appropriato basare la decisione di trasfondere concentrati piastrinici non solamente su un basso conteggio piastrinico, ma anche sulla valutazione delle condizioni cliniche (febbre, disordini plasmatici della coagulazione, emorragie recenti, deficit neurologici);
- la trasfusione di plasma fresco concentrato è indicata per la correzione di deficit fattoriali congeniti della coagulazione per i quali non esiste concentrato specifico o di deficit acquisiti in categorie selezionate di pazienti (epatopatia, CID, sanguinamento microvascolare);
- la terapia con plasma fresco concentrato è raccomandata in presenza di epatopatie acute e croniche o CID che si accompagnano a sanguinamento in atto;
- la terapia con PFC è suggerita per la prevenzione del sanguinamento intraoperatorio in pazienti con CID e/o epatopatia acuta e cronica senza sanguinamento in atto quando PT o a PTT espressi come ratio siano > 1,5.

Valutate collegialmente al termine dell'intervento le esigenze chirurgico-riabilitative postoperatorie si procede con le seguenti possibilità:

- inviare il paziente in reparto senza necessità di supporti specifici, ma solo con l'indicazione alla routinaria assistenza postoperatoria standard comprensiva del controllo del dolore acuto postchirurgico;
- inviare il paziente in reparto, ma con precisa indicazione della necessità di particolari supporti (es. ossigenoterapia con occhiali o maschera di Venturi, HFNC, CPAP, controllo e/o stimolazione della diuresi, ecc.).
- trasferire il paziente in Rianimazione laddove vi sia una insufficienza d'organo o condizioni cliniche preesistenti tali da richiedere un risveglio protetto.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 12. Gestione postoperatoria

Nel periodo postoperatorio l'incidenza di complicanze mediche è correlata con l'indice di comorbidità prefreattura e alla presenza di patologie acute non stabilizzate prima dell'intervento. L'insorgenza di complicanze maggiori, in particolare di tipo cardiaco e polmonare, rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza a breve e a lungo termine. In questa fase l'assessment chirurgico ed internistico integrato è fondamentale per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente.

Gli aspetti fondamentali da monitorare valutare e trattare sono:

- *Dolore*

La rapida stabilizzazione chirurgica della frattura è il metodo più efficace per trattare il dolore, tuttavia un inadeguato trattamento del dolore perioperatorio è correlato a maggiore incidenza di delirium, depressione, complicanze cardio-polmonari, minore recupero delle capacità funzionali a breve e a 6 mesi, maggiore durata della degenza, scadente qualità di vita, incremento della mortalità. Nel paziente con deterioramento cognitivo il rilievo mediante scale numeriche può non essere praticabile, ma la presenza di dolore può essere presunta da indicatori comportamentali quali espressioni del viso, vocalizzazioni, movimenti del corpo, aggressività, rifiuto del cibo, aumento del wandering, delirium. In ogni caso in questo tipo di paziente il dolore deve essere presunto e trattato anche se non rilevabile con certezza. Nel paziente anziano è preferibile utilizzare paracetamolo e oppioidi che presentano un minor rischio di complicanze rispetto ai FANS.

- *Idratazione*

L'integrazione idroelettrolitica, sia per via venosa che per via orale, è raccomandata routinariamente nella fase perioperatoria.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

- *Anemia*

La tempestività dell'intervento l'utilizzo di tecniche chirurgiche meno invasive possono contenere la perdita ematica postraumatica e intraoperatoria e ridurre la necessità di trasfusioni.

Nel postoperatorio valgono le stesse indicazioni già previste durante l'intervento.

- *Ossigenazione ematica*

La somministrazione di ossigeno, se non controindicato, deve essere protratta per 24-72 ore dopo l'intervento con uno stretto monitoraggio della saturazione che deve restare superiore al 95%, compatibilmente con la saturazione basale pre-frattura.

- *Alimentazione ed apporto calorico-proteico*

La disponibilità di una figura professionale dedicata alla somministrazione di cibi e liquidi ha dimostrato di migliorare la compliance del paziente e di ridurre la mortalità e la durata della degenza.

- *Prevenzione e gestione del delirium*

L'identificazione e la correzione di questi fattori di rischio dati età avanzata, preesistente deterioramento cognitivo, infezioni, uso di anticolinergici, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione, molti dei quali richiedono interventi di nursing, sono prioritari rispetto al trattamento farmacologico specifico.

- *Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione*

Alcuni interventi sono prioritari nell'attività di nursing: la correzione di fattori di rischio modificabili come la malnutrizione, una attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito, sin dal momento di ingresso in ospedale (compresa la sala operatoria), l'adozione di protocolli operativi per la rotazione periodica del decubito e l'ispezione quotidiana delle sedi a rischio, la rapida mobilizzazione fuori dal letto.

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell’anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

○ *Prevenzione dell’incontinenza e gestione del catetere vescicale*

La cateterizzazione, che può aumentare il rischio di infezioni, è indicata in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi. In pazienti affetti da deficit cognitivi o elevata disabilità, soprattutto se di sesso maschile, può comparire nel corso della degenza incontinenza urinaria che richiede complessi interventi di nursing, quali monitoraggio quotidiano con carta minzionale e terapia comportamentale, terapia medica specifica e valutazione specialistica.

○ *Prevenzione della costipazione e dell’ileo paralitico*

### 13.Riabilitazione precoce

Tutte le fratture operate necessitano della riabilitazione precoce. Il programma riabilitativo individuale va formulato nell’immediato post operatorio e deve tenere conto delle specifiche esigenze del paziente (incluso il setting domestico, le condizioni del paziente, le barriere architettoniche). Il recupero della mobilità dopo un intervento per frattura del femore prossimale è finalizzato a ripristinare il miglior livello funzionale possibile, con performance per quanto possibile analoghe a quelle antecedenti il trauma e implica in primis la mobilizzazione precoce del paziente.

Dopo l’intervento chirurgico il paziente deve effettuare delle RX di controllo post operatorio e il chirurgo operatore deve fornire le indicazioni sul tipo di mobilizzazione e sulla concessione o meno del carico. Il controllo radiografico deve essere eseguito il giorno successivo all’intervento. È necessaria una precoce **valutazione del bisogno riabilitativo del paziente, valutazione che dovrebbe essere effettuata dal medico fisiatra o dall’ortopedico, ove non il fisiatra non fosse disponibile, entro 24 ore dall’intervento. La presa in carico e la mobilizzazione del paziente da parte del fisioterapista deve iniziare precocemente, a meno di controindicazioni mediche o chirurgiche. Si raccomanda almeno una seduta di mobilizzazione al giorno da parte di un fisioterapista.** Si raccomanda di agire sul paziente con l’obiettivo di consentire il carico completo nell’immediato periodo post-operatorio (salvo controindicazioni).

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

Andrebbe anche considerato che la verticalizzazione precoce del paziente è favorita dal pronto ripristino di eventuali ausili funzionali, come occhiali, protesi acustiche e dentali. Inoltre, tutto ciò che collega il paziente al letto (es. cateteri urinari ed endovenosi) dovrebbe essere rimosso il più precocemente possibile. Bisogna tener presente che un'adeguata gestione del dolore postoperatorio è essenziale per avviare la mobilizzazione precoce.

Dopo il recupero della stazione eretta e la concessione del carico (se non espressamente controindicato), il percorso riabilitativo prosegue senza interruzioni in postacuzie nel setting riabilitativo più adeguato alle condizioni del paziente.

Per il prosieguo del percorso riabilitativo, al termine del ricovero in acuzie, sono generalmente ipotizzabili tre diversi scenari:

- riabilitazione intensiva;
- riabilitazione estensiva/lungodegenza riabilitativa;
- riabilitazione ambulatoriale o a domicilio.

In ogni modo, il prolungamento del percorso riabilitativo anche con un downgrade progressivo del setting assistenziale consente di consolidare il recupero funzionale, migliorare lo stato funzionale e la performance nonché l'equilibrio, riducendo così il rischio di successive cadute e la conseguente disabilità.

Il paziente anziano con frattura del femore prossimale deve essere avviato ad un percorso di prevenzione secondaria, in quanto ad elevato rischio di rifrattura del femore trattato, di frattura del femore controlaterale e di fratture da fragilità.

Tali servizi devono essere finalizzati ad un corretto inquadramento clinico della fragilità scheletrica, del rischio di rifrattura, e al trattamento sia farmacologico che non della fragilità scheletrica per garantire al paziente un'adeguata prevenzione secondaria. Inoltre, al fine di ridurre il fenomeno della scarsa aderenza (compliance e persistenza) alle indicazioni terapeutiche da parte di questi pazienti, questi servizi devono dedicarsi al monitoraggio ambulatoriale nel tempo dei casi trattati.

**SC. Pianificazione strategica,  
Organizzazione aziendale e  
governance**

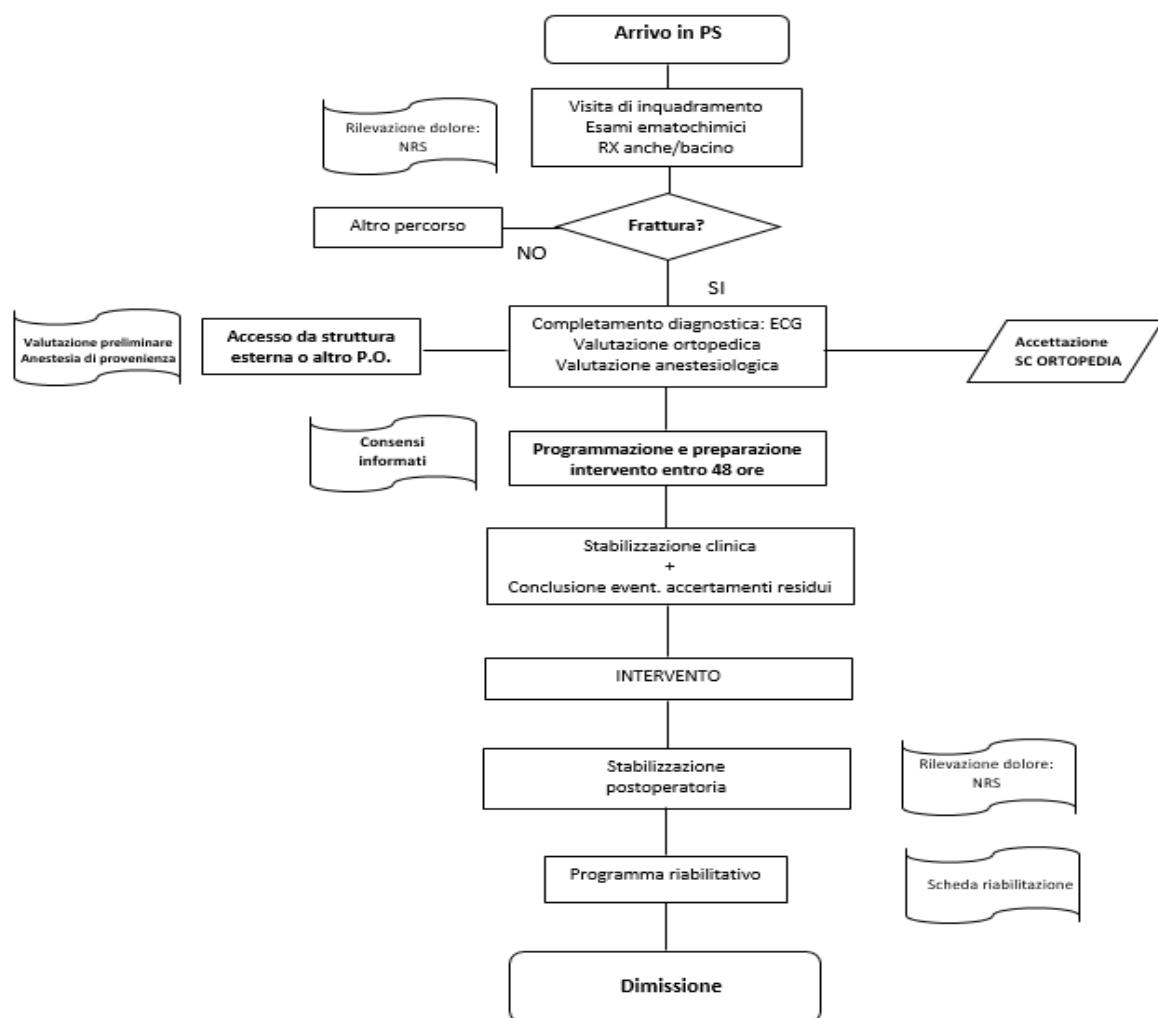
**Vers.1/2025  
Rev.00**

**30/06/2025**

**Raccomandazioni SIOT 2021 - Mobilizzazione e riabilitazione precoce postoperatoria**

- Si raccomanda, ove possibile, una valutazione multidisciplinare precoce del paziente per il suo inquadramento globale
- Si raccomanda la valutazione da parte di un fisiatra (o di un ortopedico, ove non disponibile) del paziente e la mobilizzazione precoce da parte di un fisioterapista, a meno di controindicazioni mediche o chirurgiche
- Si raccomanda di agire sul paziente con l'obiettivo di consentire il carico completo nell'immediato periodo post-operatorio (salvo controindicazioni)
- Si raccomanda almeno una seduta di mobilizzazione al giorno da parte di un fisioterapista

## 14. Diagramma di flusso



 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>PDTA per la gestione della frattura di femore nell'anziano</b>	<b>Dipartimento Interpresidio di Emergenza-Urgenza  Presidio di Ozieri</b>
<b>SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2025 Rev.00</b>	<b>30/06/2025</b>

## 15. Indicatori

- Trattamento del dolore preospedaliero
- Iter diagnostici completati in PS
- Tempi attesa conclusione accertamenti cardiologici
- Interventi nella 48 ore/Interventi totali per frattura femorale
- Anestesie locoregionali/Anestesie totali per frattura femorale
- Visita fisiatrica nelle 48 ore successive all'intervento

## 16. Conservazione e distribuzione dei documenti

Il presente documento sarà disponibile presso le DMPO, la SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance e le SS.CC. coinvolte. Sarà allegato a Deliberazione del Direttore Generale e pubblicato nell'apposita Sezione dell'Albo Pretorio sul sito istituzionale aziendale. Sarà altresì soggetto ad eventuale revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

## 17. Riferimenti bibliografici

- Linea Guida SIOT 2021 Fratture del femore prossimale nell'anziano
- SIAARTI. La gestione anestesiologica della frattura di femore nel paziente anziano. Buone pratiche cliniche SIAARTI. 2018
- ALLEGATO D.A. N. 2025/2015: Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore. Documento realizzato in collaborazione tra Assessorato della Salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanzattiva
- Percorso Diagnostico Terapeutico Aress Regione Piemonte. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale dell'anziano con frattura di femore, 2011Assistenziale Frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini rev. 00 del 2019
- Agenas – Piano Nazionale esiti 2024