



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 17001 DEL 07/08/2026

STRUTTURA AREA SANITA' E SOCIALE

OGGETTO

Approvazione del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento, si approva il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale, elaborato dal Gruppo di Lavoro istituito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 2 del 2 gennaio 2025.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la Legge regionale 28 dicembre 2018 n. 48 di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 che, in continuità con la precedente programmazione, riconosce l'importanza di una gestione integrata del paziente, con l'implementazione dei modelli organizzativi, al fine di assicurare una risposta appropriata, personalizzata ed efficace per i pazienti, valorizzando ove possibile la prossimità delle cure o ricorrendo a centri di eccellenza per determinate patologie;

CONSIDERATO che, i Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PPDTA), costituiscono gli strumenti più efficaci per la presa in carico del paziente, in quanto stabiliscono il percorso più appropriato ed efficace privilegiando una valutazione d'insieme piuttosto che di singoli episodi di cura;

CONSIDERATO che la frattura di femore prossimale nel paziente di età pari o superiore a 65 anni rappresenta un evento di primaria rilevanza per la salute pubblica, con un elevato impatto in termini di mortalità, disabilità e costi socio-sanitari;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 2 del 2 gennaio 2025 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro composto da professionalità esperte nell'ambito della gestione del paziente con frattura di femore per la redazione di un PPDTA per la presa in carico del paziente affetto da frattura di femore prossimale, i cui lavori si sono conclusi con la trasmissione del Percorso alla competente Direzione Programmazione Sanitaria;

VISTO il PPDTA del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale, trasmesso dal Gruppo di Lavoro alla Direzione Programmazione Sanitaria, che ne ha valutato positivamente i contenuti scientifici, organizzativi e metodologici;

RITENUTO pertanto necessario procedere all'approvazione del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale, che costituisce l'**Allegato A** parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO congruo attribuire una validità triennale ai contenuti del PPDTA di cui all'**Allegato A**, salvo gli eventuali aggiornamenti resi necessari a seguito delle nuove acquisizioni scientifiche o variazioni epidemiologiche, secondo le modalità previste dalla DGR n. 239/2025;

RILEVATO che, l'adozione di una metodologia uniforme ed omogenea in tutto il territorio veneto per la diagnosi e cura dei pazienti affetti da frattura di femore prossimale, consente di garantire l'equità delle cure nell'accesso e nell'erogazione delle prestazioni e contestualmente di salvaguardare i bisogni del singolo, ottenendo la migliore sopravvivenza e qualità di vita della paziente;

DECRETA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale di cui all'**Allegato A**, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di assegnare alle Aziende ed Enti del SSR il termine di tre mesi dall'approvazione del presente provvedimento per:
 - recepire il PPDTA del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale di cui all'**Allegato A**;
 - costituire un Gruppo di Lavoro per la contestualizzazione del PPDTA nel proprio ambito territoriale;
4. di assegnare alle Aziende ed Enti del SSR termine fino al 30 aprile 2027 per adottare il PPDTA aziendale del paziente di età pari o superiore a 65 anni con frattura di femore prossimale e inoltrare il provvedimento alla Direzione Programmazione Sanitaria;
5. di incaricare Azienda Zero del monitoraggio sul rispetto del PPDTA di cui al precedente punto, relazionando in merito la Direzione Programmazione Sanitaria;
6. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto, inclusa la correzione di eventuali errori materiali;
7. di dare atto che il presente decreto non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.

Giancarlo Ruscitti



REGIONE DEL VENETO



SERVIZIO
Socio Sanitario
Regionale
In Universum Salus

**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ $\geq$ 65
CON FRATTURA DI FEMORE**

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico del paziente di età $\geq$ 65 anni con frattura di femore prossimale

Luglio 2026



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

SOMMARIO

1. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE	3
2. SCOPO DEL PPDTA	4
3. NORMATIVA	4
4. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO	5
5. EPIDEMIOLOGIA	5
6. CONTESTO ORGANIZZATIVO	10
7. I PRINCIPALI FATTORI OSTACOLANTI	11
8. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ NEL PPDTA	13
9. DESCRIZIONE DELLE FASI DEL PERCORSO	13
9.1 PREVENZIONE	13
10. SOSPETTO DI FRATTURA DI FEMORE	15
10.1 LA GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO	16
11. FRACTURE LIAISON SERVICE (FLS)	18
12. RICOVERO E FASE PREOPERATORIA	23
12.1 Valutazione multidisciplinare	23
12.1.2 Ruolo dell' ortogeriatra	23
12.1.3 Ruolo del cardiologo	24
12.1.4 Ruolo dell'anestesista e gestione perioperatoria	24
12.1.5 Ruolo dell'ortopedico	24
12.2 Gestione della terapia antiaggreganti/anticoagulanti	25
12.2.1 Gestione malnutrizione	27
12.2.2 Patient Blood Management e gestione delle trasfusioni	29
12.3 RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	29
13. LA PRESA IN CARICO E IL CASE MANAGEMENT	29
14. RIABILITAZIONE PRECOCE POST OPERATORIA	30
15. TRANSIZIONE OSPEDALE TERRITORIO	36
16. FOLLOW UP DEL PAZIENTE DA PARTE DEL MAP	39
17. RAPPRESENTAZIONE A MATRICE	39
18. TEMI DA SVILUPPARE NELLA STESURA DEL PPDTA	40
19. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI IMPATTO	42
19.1 INDICATORI	42
20. DIFFUSIONE DEL PPDTA	43
20.1. FORMAZIONE	43
20.2 ADOZIONE DEL PPDTA A LIVELLO AZIENDALE E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE	44
21. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	45



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

GRUPPO DI LAVORO

Con Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 2 del 02 gennaio 2025 è stato istituito il Gruppo di lavoro regionale per la definizione del Percorso Preventivo diagnostico terapeutico assistenziale (PPDTA) del paziente con frattura di femore.

Tabella 1. Composizione Gruppo di lavoro

Nome e cognome	Ente di appartenenza
Dr.ssa Maria Vittoria Nesoti	U.O.C Direzione Medica OSA, Azienda Ospedale-Università Padova, <i>Coordinatore del Gruppo di lavoro</i>
Dr.ssa Maria Silvia Varalta	Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto, Responsabile organizzativo
Dr.ssa Silvia Vigna	U. O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR, Direzione Programmazione e Controllo SSR, Regione del Veneto
Dr. Michele Tonon	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria, Regione del Veneto
Dr. Claudio Barbiellini Amidei	U.O.C Servizio epidemiologico Regionale, Azienda Zero
Prof. Maurizio Rossini	U.O.C Reumatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
Prof. Sandro Giannini	U.O.C Clinica Medica 1, Azienda Ospedale-Università Padova
Dr.ssa Cristina Bullo	U.O.C Cure Primarie di Feltre, Azienda ULSS 1
Dr. Fabio De Conti	U.O.C Cardiologia, Ospedale di Montebelluna, Azienda ULSS 2
Dr.ssa Silvia Pini	U.O.C Ortopedia e Traumatologia, P.O. Dolo, Azienda ULSS 3
Dr. Andrea Pellegrini	U.O.C Pronto Soccorso, P.O. Dolo, Azienda ULSS 3
Dr. Andrea Borgo	U.O.C Ortopedia e Traumatologia, P.O. Rovigo, Azienda ULSS 5
Dr. Aristide Roberto Gravina	U.O.C Recupero e Rieducazione Funzionale, P.O. Piove di Sacco, Azienda ULSS 6
Dr.ssa Astrid Usula Behr	U.O.C Anestesia e Rianimazione, P.O. Camposampiero, Azienda ULSS 6
Dr. Gianluca Bisinella	U.O.C Ortopedia e Traumatologia, Ospedali Riuniti Padova Sud, Azienda ULSS 6
Dr. Andrea Micaglio	U.O.C Ortopedia e Traumatologia, P.O. Santorso, Azienda ULSS 7
Dr. Stefano Giaretta	U.O.C Ortopedia e Traumatologia, P.O. Vicenza, Azienda ULSS 8
Dr.ssa Margherita Azzini	U.O.C Geriatria, P.O. Legnago, Azienda ULSS 9



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

1. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE

Le fratture del femore prossimale (FFP) nei pazienti con età > 65 anni, rappresentano un evento clinico grave e un problema di primaria rilevanza per la salute pubblica, con un impatto altamente significativo sia sulla qualità di vita dei pazienti sia a livello socio-economico. Essendo tipicamente il risultato di traumi a bassa energia o cadute accidentali, queste lesioni sono strettamente associate a osteoporosi e ad altre condizioni mediche frequentemente presenti in età avanzata che favoriscono le cadute.

A livello individuale, la frattura comporta un notevole aumento del rischio di mortalità e un profondo deterioramento dello stato funzionale del paziente, portando spesso a una limitazione della mobilità e alla perdita di autonomia. Questo si traduce in un rischio esponenziale di ricovero in strutture residenziali. Dal punto di vista del Servizio Sanitario, i tassi di ospedalizzazione e i costi diretti delle FFP sono paragonabili a quelli dell'infarto acuto del miocardio (quasi 100.000 ricoveri all'anno in Italia), ma si stima che gli ulteriori costi sociali a lungo termine – legati a nuova disabilità, sarcopenia e necessità di assistenza continua – siano addirittura superiori.

Tabella 2. Analisi impatto problema di salute

ANALISI IMPATTO PROBLEMA DI SALUTE	Punteggio da 1 a 5 (1 criterio poco rilevante per la patologia, 5 criterio molto rilevante)
impatto sulla salute del cittadino;	4
impatto sulla salute della comunità;	3
impatto sulla rete familiare;	4
esperienze di riferimento in essere sul territorio nazionale;	2
la variabilità e disomogeneità delle prestazioni;	3
impatto economico;	3
previsione dei risultati raggiungibili in termini di riorganizzazione delle risorse disponibili;	4
ottimizzazione dei tempi e delle prestazioni erogabili;	5
previsione delle aree di miglioramento in termini di sicurezza delle cure della persona assistita;	4
replicabilità del percorso.	4



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

2. SCOPO DEL PPDTA

Lo scopo del presente PPDTA per la gestione della frattura di femore nei pazienti di età > 65 anni è di standardizzare e coordinare il percorso assistenziale, garantendo una presa in carico che inizia dalla prevenzione primaria con una gestione tempestiva, integrata e appropriata della fase acuta, del recupero funzionale e del rientro in comunità.

In particolare, il PPDTA si propone di:

- analizzare il contesto epidemiologico regionale, valutando i fattori di rischio modificabili e non modificabili, considerando le possibili aree di miglioramento, anche alla luce di analisi prospettiche sul possibile impatto della gestione della frattura di femore alla luce dell'invecchiamento della popolazione;
- migliorare la formazione degli operatori sanitari in merito alla prevenzione delle fratture e delle ri-fratture da fragilità, individuando precocemente i soggetti a rischio al fine di adottare stili di vita e approcci terapeutici che evitino o ritardino il manifestarsi della patologia o la recidiva;
- diffondere a livello regionale le più attuali indicazioni di buona pratica clinica basate sulle evidenze, in merito alla gestione del paziente fratturato riducendo la variabilità clinica ed organizzativa;
- favorire che l'intervento chirurgico sia svolto entro 48 ore dal triage in Pronto Soccorso, in conformità con gli standard nazionali e regionali;
- favorire la gestione multidisciplinare, con il coordinamento dei professionisti coinvolti nel percorso;
- favorire la prevenzione delle complicanze, attraverso una valutazione multidisciplinare precoce e un'attenta ottimizzazione clinica pre- e post-operatoria intercettando i pazienti a rischio e offrire elementi volti a pianificare precocemente la riabilitazione e la dimissione, in funzione del profilo clinico e del contesto sociale del paziente;
- migliorare la continuità assistenziale tra cure acute e post-acute, favorendo il coordinamento tra i diversi livelli di assistenza;
- monitorare e valutare la qualità del percorso, mediante indicatori di processo e di esito: analizzando gli aspetti clinici e funzionali, la mortalità, la disabilità;
- inserire elementi di innovazione clinico-organizzativa tramite l'adozione e applicazione a livello regionale del modello Fracture Liaison Service (FLS).

3. NORMATIVA

- Decreto Ministeriale n.70, 2 aprile 2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 685 del 18 giugno 2024 "Definizione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codice 56, codice 28 e codice 75). Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007 e ss.mm.ii."

**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE***Codifica Rev. N.0
luglio 2026***4. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO**

- 2016 SIOMMMS Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis (10.4081/reumatismo.2016.870)
- 2019 Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. (10.1007/s11739-018-1874-2)
- 2019 IOF/ESCEO European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. (10.1007/s00223-018-00512-x)
- 2020 AACE/ACE Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. (10.4158/GL-2020-0524SUPPL)
- Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, 18 ottobre 2021; Linea guida Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità <https://www.iss.it/-/snlg-fratture-da-fragilita>

5. EPIDEMIOLOGIA

La frattura del femore, in particolare quella prossimale nei pazienti di età ≥65 anni, rappresenta una delle più frequenti urgenze in ambito ortogeriatrico, con rilevanti implicazioni cliniche, organizzative e sociali. Dal punto di vista epidemiologico, la rilevanza del fenomeno è destinata ad aumentare significativamente in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione. Il contesto italiano risulta particolarmente critico: l'Italia è uno dei Paesi con la più elevata quota di popolazione anziana al mondo, con gli "over 65" che rappresentano circa il 22,8% della popolazione complessiva. Inoltre, in Italia si registra una delle incidenze di fratture di femore più elevate a livello internazionale, con valori superiori a 300 casi annui per 100.000 abitanti per le donne e a 150 per gli uomini.¹

In Regione del Veneto, dal 2014 al 2024, si sono osservati 64.834 nuovi casi di frattura di femore nella popolazione ultrasessantacinquenne, di cui 49.478 donne e 15.356 uomini. Complessivamente i nuovi casi di frattura di femore sono rimasti sostanzialmente stabili, passando da 5.875 a 6.085 casi l'anno. Nel 2024, il tasso grezzo di incidenza è risultato pari a 5,0 per 1.000 abitanti (2,8 nei maschi e 6,8 nelle donne), evidenziando una fortissima differenza di genere. Questo divario di genere è verosimilmente correlato alla maggiore prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione femminile. Inoltre, i valori assoluti più elevati sono almeno in parte riconducibili a una maggiore aspettativa di vita delle donne.

L'analisi per classe di età evidenzia andamento sostanzialmente stabile nei numeri assoluti, con tassi età-specifici in lieve calo tra i 75 e i 94 anni. Sebbene con numeri nettamente inferiori, risulta un aumento marcato nel numero di nuovi casi e nel tasso età-specifico nella popolazione di età compresa tra 95-100 anni (+113%), fenomeno verosimilmente correlato al progressivo aumento della sopravvivenza e della

¹ Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C; IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporos Int. 2012, 23:2239–2256



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

longevità della popolazione. Da questa analisi emerge come vi sia un progressivo incremento dell'incidenza con l'aumentare dell'età, con valori particolarmente più elevati nella popolazione di età ≥85 anni. Il tasso di incidenza annuale, standardizzato con la popolazione del Veneto del 2011, ha confermato un andamento in lieve calo, passando da 5,1 per 1.000 abitanti nel 2014 a 4,4 nel 2024, con valori compresi tra 3,6 e 3,0 per 1.000 abitanti negli uomini e tra 6,5 e 5,8 nelle donne (Fig.1).

Tabella 3. Numero di nuovi ricoveri e tasso di ospedalizzazione per frattura di femore nella popolazione residente di ≥65 anni, per anno e classe d'età. Regione del Veneto, 2014-2024.

Classe d'età	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
65-74	719	776	691	702	676	727	748	759	793	731	767	8.089
Tasso per 1.000 abitanti	1,4	1,5	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	
75-84	2.212	2.169	2.070	2.049	2.147	2.141	2.041	2.070	2.146	2.284	2.140	23.469
Tasso per 1.000 abitanti	6,1	5,8	5,4	5,2	5,4	5,3	5,0	5,1	5,2	5,4	5,0	
85-94	2.640	2.605	2.576	2.578	2.587	2.560	2.585	2.474	2.571	2.579	2.646	28.401
Tasso per 1.000 abitanti	18,5	17,7	17,1	16,8	16,6	16,2	15,9	15,2	15,5	15,3	15,1	
95-100	182	229	241	289	305	335	342	348	334	364	387	3.356
Tasso per 1.000 abitanti	20,6	25,5	23,2	24,9	24,2	24,3	23,5	23,9	22,3	24,1	24,7	
Totale	5.753	5.779	5.578	5.618	5.715	5.763	5.716	5.651	5.844	5.958	5.940	63.315
Tasso per 1.000 abitanti standardizzato*	5,1	5,0	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5	4,4	4,5	4,5	4,4	

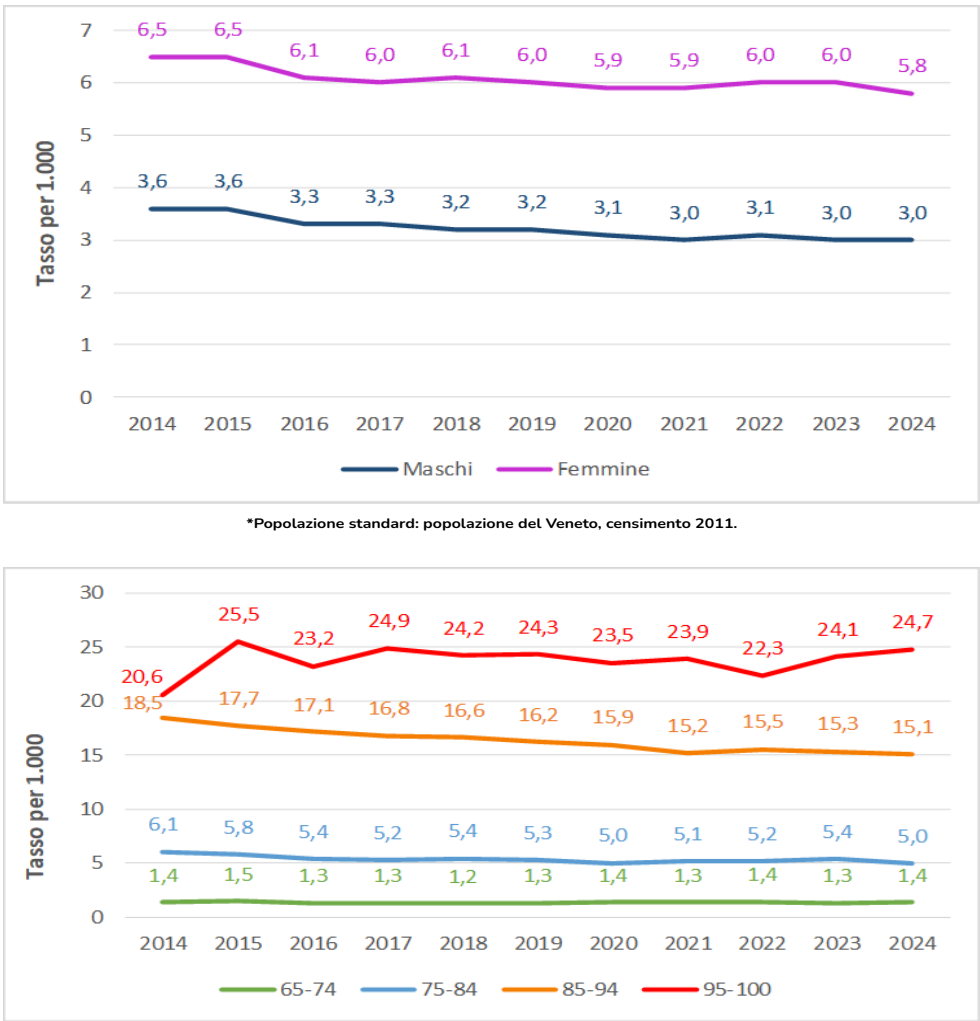
*Popolazione standard: popolazione del Veneto, censimento 2011. Tassi calcolati sui soli residenti in Veneto.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Figura 1. Tasso di incidenza standardizzato* per sesso e tasso età-specifico dei casi incidenti di frattura di femore nella popolazione anziana. Regione del Veneto, 2014-2024.



La maggior parte dei pazienti con frattura di femore è stata sottoposta a intervento chirurgico, con un trend in lieve aumento nel corso del periodo osservato. Tra i pazienti sottoposti a intervento chirurgico nel 2024, la quota di soggetti operati entro 48 ore dall'accesso in Pronto Soccorso è risultata pari al 75,5%, con un netto aumento nel corso degli ultimi 8 anni.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Tabella 4. Numero e proporzione interventi chirurgici per frattura di femore, stratificati per anno e per tempo di esecuzione dell'intervento chirurgico entro le 48 ore dall'accesso al Pronto Soccorso. Regione del Veneto, 2014-2024.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
Totale	5.875	5.921	5.721	5.763	5.860	5.895	5.860	5.766	5.998	6.090	6.085	64.834
Intervento chirurgico												
No	327	353	330	250	279	269	271	229	207	157	182	2.854
Si	5.548	5.568	5.391	5.513	5.581	5.626	5.589	5.537	5.791	5.933	5.903	61.980
%	94,4	94,0	94,2	95,7	95,2	95,4	95,4	96,0	96,5	97,4	97,0	95,6
Entro 48h*	NA	NA	NA	3.449	3.319	3.200	3.181	3.026	3.578	4.208	4.597	28.558
%	NA	NA	NA	59,8	56,6	54,3	54,3	52,5	59,7	69,1	75,5	

*Lo scostamento rispetto all'indicatore PNE "Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero" è attribuibile a una differente definizione della coorte analizzata. Per gli anni 2014-2016 non era disponibile l'informazione relativa all'ora di accesso al Pronto Soccorso, rendendo pertanto impossibile il calcolo di questo valore per tale periodo.

Nel periodo per il quale sono disponibili i dati (2017-2024), circa l'85% dei pazienti con frattura di femore ha avuto un accesso al Pronto Soccorso tramite ambulanza.

Dall'analisi delle SDO, disponibili per l'intero periodo di osservazione (2014-2024), emerge una mortalità intraospedaliera pari al 3,1%, che si è mantenuta sostanzialmente stabile nel decennio.

Nel periodo considerato, circa il 40% dei pazienti è stato dimesso a domicilio; tuttavia, tale quota ha mostrato una progressiva riduzione, passando dal 50% nel 2014 a poco più del 32% nel 2024.

Il trasferimento verso un istituto pubblico o privato di riabilitazione, che ha interessato quasi un quarto dei pazienti, ha registrato una netta diminuzione nel tempo, passando dal 30,7% nel 2014 al 19,0% nel 2024. Al contrario, la quota di pazienti dimessi verso una struttura residenziale territoriale ha mostrato un aumento costante, passando dal 9% nel 2014 a oltre il 27% nel 2024. Un andamento analogo si osserva per l'ADI, la cui quota è aumentata da valori inferiori all'1% a circa il 10% nello stesso arco temporale, evidenziando una progressiva evoluzione di percorsi di presa in carico, verso modelli di assistenza territoriale e di prossimità.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Tabella 5. Pazienti in ADI pre e post ricovero

ADI pre-ricovero	ADI post-ricovero	2023		2024	
No	No	3385	55,6%	3252	53,4%
	Sì	2067	33,9%	2074	34,1%
Sì	No	256	4,2%	342	5,6%
	Sì	382	6,3%	417	6,9%



L'analisi epidemiologica regionale risulta coerente con quanto riportato nella letteratura internazionale, confermando la maggior frequenza della frattura di femore nella popolazione femminile, che presenta tassi di incidenza significativamente superiori rispetto a quella maschile.

Dall'analisi di sopravvivenza emerge una riduzione particolarmente marcata nei primi sei mesi successivi alla frattura, con una sopravvivenza complessiva dell'85% a 180 giorni, che si riduce al 79% a un anno dall'evento.

L'analisi stratificata per sesso evidenzia una maggiore mortalità nei pazienti di sesso maschile, con una curva di sopravvivenza che si attesta su valori nettamente inferiori rispetto a quella osservata nelle

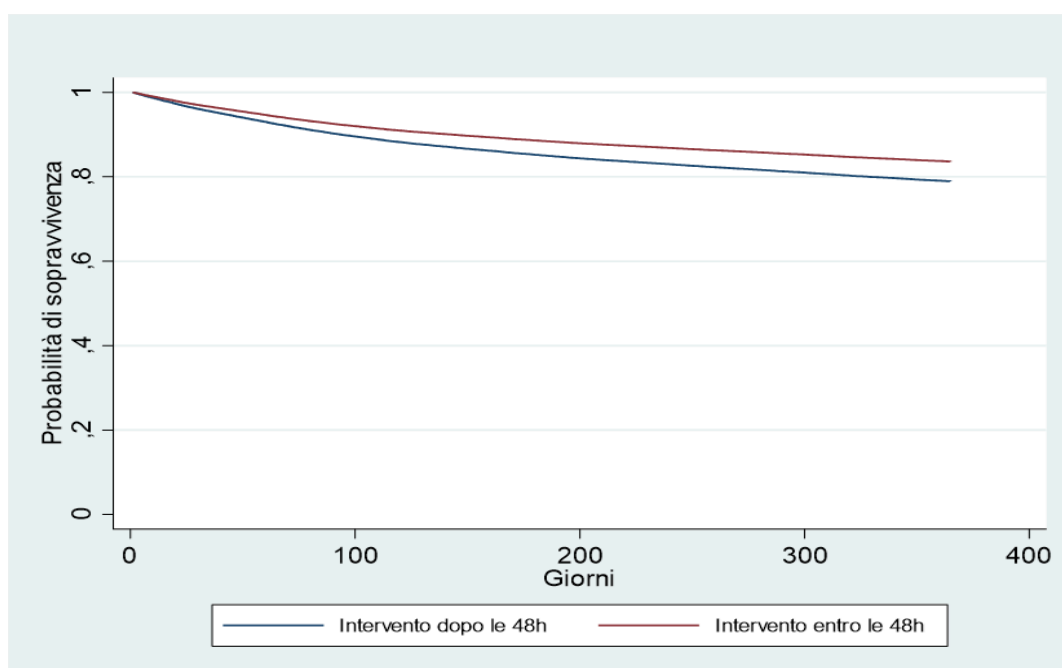


PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

donne². Dall'analisi di sopravvivenza condotta emerge una maggiore probabilità di sopravvivenza nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso in Pronto Soccorso, confermando l'importanza della tempestività del trattamento chirurgico nel percorso assistenziale della frattura di femore. Il modello di Cox relativo alla sopravvivenza a un anno, aggiustato per sesso, classe d'età e indice di comorbidità di Charlson al ricovero, evidenzia infatti un'associazione statisticamente significativa tra intervento eseguito entro 48 ore e riduzione del rischio di mortalità (HR=0,76; IC 95% 0,73-0,79).

Figura 2. Sopravvivenza a 1 anno per tempo all'intervento chirurgico, aggiustata per sesso, classe d'età e indice di Charlson (stima da modello di Cox).



6. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Al fine di garantire un'assistenza ottimale e rispondere ai bisogni legati alle multimorbidità dei pazienti, presso le Aziende ed Enti del SSSR sono stati implementati negli anni differenti modelli organizzativi orientati alla presa in carico tempestiva, multidisciplinare e integrata del paziente anziano con frattura di femore, non potendo dunque descrivere un unico modello organizzativo.

Come dimostrato in letteratura, la gestione condivisa di pazienti tra l'ambito ortopedico e l'ambito internistico-geriatrico, fin dall'ammissione ospedaliera, consente una valutazione multidimensionale

² Proximal femur fractures in elderly patients: gender-related differences in survival and functional May-August 2023, Vol. 9, N. 2, J Sex Gender Specif Med 2023;9(2):69-75)



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

(clinica, cognitiva, funzionale, sociale), una migliore stabilizzazione pre-operatoria, un’ottimizzazione del trattamento chirurgico e anestesilogico e una valutazione precoce e mirata volta alla riabilitazione e al programma di dimissione.

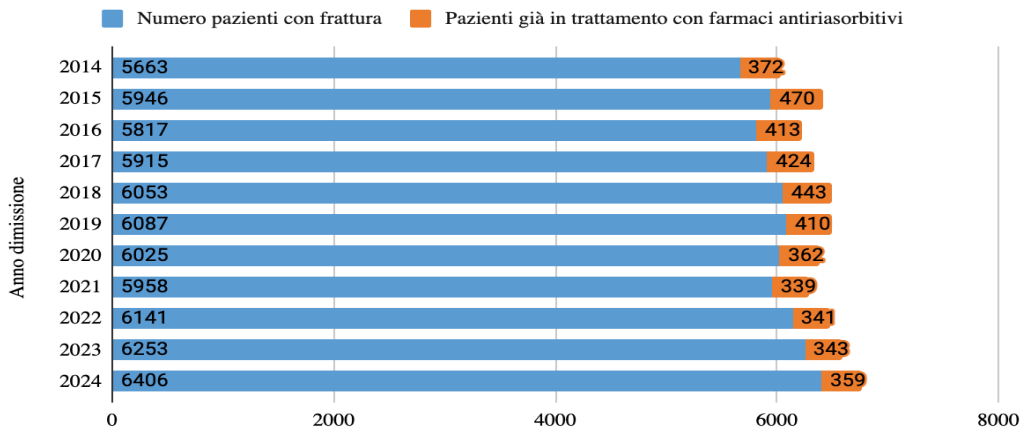
7. I PRINCIPALI FATTORI OSTACOLANTI

Dall’analisi dei dati disponibili a livello regionale, è necessario focalizzare innanzitutto l’attenzione ai fattori di rischio modificabili per frattura da fragilità.

Dal 2014 al 2024 emerge come in media solo il 6% dei pazienti che hanno subito una frattura di femore assumevano (prima dell’evento frattura) una terapia anti-riassorbitiva/anti-fratturativa^a.

Relativamente agli approfondimenti diagnostici, dall’analisi effettuata, emerge che nell’anno successivo all’evento fratturativo, in media solo il 2,5% ha eseguito una densitometria, esame cardine per la definizione della condizione di osteoporosi.

Figura 3. Pazienti con frattura di femore che assumevano farmaci anti-fratturativi^a prima della frattura



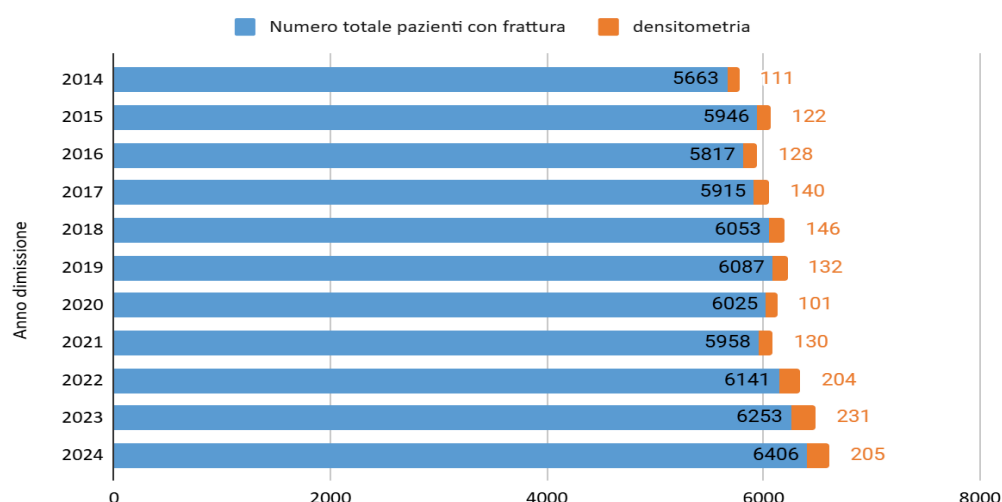
a. ATC inclusi nella selezione dei farmaci anti-fratturativi: M05BA04 Alendronic acid, M05BA07 Risedronic acid, M05BA06 Ibandronic acid, M05BA08 Zoledronic acid, M05BB02 Risedronic acid and calcium, sequential, M05BB03 Alendronic acid and colecalciferol, M05BB04 Risedronic acid, calcium and colecalciferol, sequential, M05BB05 Alendronic acid, calcium and colecalciferol, sequential, M05BB06 Alendronic acid and alfacalcidol, sequential, M05BB07 Risedronic acid and colecalciferol, M05BB08 Zoledronic acid, calcium and colecalciferol, sequential, M05BB09 Ibandronic acid and colecalciferol, M05BX04 Denosumab, M05BX06 Romosozumab, H05AA02 Teriparatide.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Figura 4. Numero di pazienti che ha eseguito densitometria nell'anno successivo a frattura di femore.



Peraltro, con l'aumento dell'aspettativa di vita e quindi dei trattamenti per le patologie croniche, si registra un aumento progressivo negli anni dei pazienti affetti da multimorbidità che comporta un aumento dell'utilizzo di farmaci in co-terapia.

Dal momento che la polifarmacoterapia può compromettere anche i tempi per l'intervento chirurgico, il processo di ricognizione, riconciliazione, revisione, rimodulazione ed eventuale discontinuazione (deprescribing) della terapia dovrebbe essere perseguito periodicamente e sistematicamente a livello della medicina territoriale, soprattutto nella popolazione anziana in quanto il rapporto tra il rischio e il beneficio di assunzione di un certo farmaco nello stesso paziente può modificarsi nel corso della vita a causa dei cambiamenti cui l'organismo va incontro con l'invecchiamento.

La polifarmacoterapia si associa inoltre a una riduzione dell'aderenza al trattamento farmacologico, a un aumento del rischio di interazioni e di eventi avversi.

Il processo di "Medication Review" deve basarsi su strumenti ed algoritmi validati e deve tenere conto degli obiettivi di cura del singolo paziente, delle sue condizioni cliniche, dell'aspettativa di vita e delle sue preferenze, valutazioni che possono essere fatte ricorrendo all'uso di scale.

In contesto ospedaliero altri fattori ostacolanti possono essere:

- il contesto di emergenza urgenza: può rendere complessa l'acquisizione delle informazioni anamnestiche relative alle patologie e terapie farmacologiche del paziente
- la gestione della terapia farmacologica nelle tempistiche necessarie per l'esecuzione dell'intervento chirurgico
- la pianificazione delle cure e dell'assistenza post ospedaliera.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Una soluzione è rappresentata dalla compilazione della sezione “**Taccuino**” presente sul Fascicolo Sanitario elettronico a cura dei pazienti stessi o del “Profilo Sanitario Sintetico” a cura dei Medici di Assistenza Primaria e consultabile da parte dei medici che hanno in cura il paziente.

8. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ NEL PPDTA

Criteri di inclusione:

- pazienti ≥ 65 anni che presentino un sospetto o conferma di frattura di femore.

Criteri di esclusione.

- pazienti < 65 anni;
- pazienti con frattura di origine neoplastica o sospetta tale di femore.
- pazienti politraumatizzati o con trauma maggiore, per i quali si rimanda alla specifica gestione. Il **trauma maggiore** è definito come “una condizione che determini una o più lesioni di cui almeno una sia in grado di determinare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza o per un’invalidità grave”. Il trauma maggiore può essere mono-distrettuale oppure polidistrettuale” è definito pertanto come una condizione “tempo-dipendente”.

9. DESCRIZIONE DELLE FASI DEL PERCORSO

9.1 PREVENZIONE

In questo ambito la prevenzione primaria si esplica nella **prevenzione dell’insorgenza delle fratture da fragilità** che rappresentano la causa principale delle fratture di femore.

Si intendono per fratture da fragilità le fratture spontanee o indotte da minimi traumi, risultanti da forze meccaniche che normalmente non causerebbero una simile lesione ad esempio una caduta dalla posizione eretta o da altezza ridotta.

I siti più frequenti delle fratture da fragilità risultano essere: colonna vertebrale, femore, omero, radio, ossa della regione pelvica (osso sacro e coccige).

Nell’ambito territoriale, l’azione cardine è rappresentata dal riconoscimento precoce dei fattori di rischio; in tale contesto, il MAP funge da attore primario nell’individuazione dei soggetti potenzialmente esposti al rischio di fratture da fragilità.

Si riportano di seguito le principali determinanti di rischio modificabili:

- Patologie croniche: condizioni quali diabete mellito, malattie cardiovascolari, artrite reumatoide o altre morbidità che impattano negativamente sulla motilità o sulla densità minerale ossea richiedono un monitoraggio clinico costante.
- **Impiego di presidi farmacologici osteopenizzanti**
- Apporto calcico insufficiente, deficit di vitamina D
- sedentarietà e ridotta attività fisica: l’assenza di esercizio fisico incrementa sensibilmente il rischio di osteoporosi e di eventi cadutistici. Il Medico di Assistenza Primaria può promuovere l’adesione a



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

protocolli di attività fisica, inclusi l'allenamento aerobico e gli esercizi di rinforzo muscolare.

- abitudine al fumo,
- abuso di sostanze alcoliche,
- indice di massa corporea ridotto (eccessiva magrezza).

Risulta peraltro necessario focalizzare l'attenzione sull'inquadramento osteometabolico, mediante approfondimenti sia di natura quantitativa che qualitativa, essendo l'osteoporosi il fattore eziologico determinante per l'insorgenza di fratture da fragilità nella popolazione geriatrica.

In merito all'erogabilità dell'indagine densitometrica a carico del SSN, i criteri di accesso sono attualmente disciplinati dal Decreto Ministeriale 12 gennaio 2017 relativo alla definizione dei LEA, i cui contenuti risultano validati e sostanzialmente recepiti nel successivo aggiornamento normativo del 2025.

Diagnostica bioumorale: tali indagini rivestono un ruolo cruciale nell'inquadramento clinico dell'osteoporosi e delle lesioni ossee da fragilità, poiché consentono di effettuare la diagnosi differenziale rispetto ad altre osteopatie metaboliche, di escludere potenziali forme di osteoporosi secondaria e di orientare la scelta del protocollo farmacologico più idoneo, monitorandone contestualmente l'aderenza terapeutica. Il dettaglio degli accertamenti biochimici di I e II livello è riportato nella *Tabella 6*.

Nel sospetto di paziente affetto da osteoporosi il MAP può prescrivere gli esami di I livello: Emocromo, Proteina C Reattiva, Elettroforesi delle proteine, calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina totale, creatininemia e calciuria delle 24 ore.

Tabella 6. Esami di I e II livello

ESAMI DI I LIVELLO	ESAMI DI II LIVELLO (prescrizione specialistica)
Proteina C Reattiva	Calcio ionizzato
Emocromo	TSH (ormone stimolante della tiroide)
Elettroforesi delle proteine	PTH (paratormone sierico)
Calcemia *	25-OH-vitamina D sierica **
Fosforemia	Cortisolemia dopo test di soppressione notturna con 1 mg di desametasone
Fosfatasi alcalina totale	Testosterone totale nei maschi
Creatininemia	Immunofissazione sierica e/o urinaria
Calciuria delle 24h	Anticorpi anti-transglutaminasi (con IgA totali e dieta libera contenente glutine)



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

	Esami specifici per patologie associate (es. Ferritina e % di saturazione di transferrina, triptasi, ecc...)
--	--

* la calcemia deve essere corretta per i livelli di albumina utilizzando la formula : Calcemia corretta (mg/dl) = calcemia + 0,8x (4-albumina g/l)

** se clinicamente indicato, anche di I livello

Il MAP svolge un ruolo fondamentale nella promozione delle vaccinazioni raccomandate, contribuendo alle campagne di immunizzazione stagionale (anti-influenzale e anti-SARS-CoV2) e alla campagne vaccinali per coorte di nascita (anti-pneumococcica e anti-herpes zoster nei 65enni). In base alla presenza di altre comorbidità rilevanti possono essere raccomandate ulteriori vaccinazioni che richiedono una valutazione specialistica da parte del Servizio Vaccinale del SISP.

Infine il MAP monitora e gestisce altre condizioni mediche che potrebbero influenzare il rischio di frattura, come malattie neurologiche (es. Parkinson), reumatologiche, ortopediche e patologie della vista o problemi cognitivi.

Al fine di prevenire gli episodi di cadute, che rappresentano una delle maggiori cause di fratture negli anziani, il MAP può educare i pazienti sui comportamenti e le misure preventive per ridurre il rischio, come:

- Modifiche ambientali: Suggestire l'installazione di corrimano, tappeti antiscivolo, buona illuminazione in casa.
- Calzature sicure: Consigliare scarpe con suola antiscivolo e senza tacchi alti.
- Sicurezza nell'ambiente domestico: Esaminare la casa per identificare potenziali pericoli, come pavimenti scivolosi, mobili sporgenti o ostacoli.
- Esercizi di equilibrio e forza: Programmi di ginnastica per migliorare l'equilibrio e la forza muscolare.

Inoltre il MAP può focalizzare i suoi interventi tenendo in considerazione anche la polifarmacoterapia assunta dal paziente valutando se vi siano farmaci favorevoli ed educando ad una loro corretta gestione paziente e/o caregiver.

10. SOSPETTO DI FRATTURA DI FEMORE

Il percorso del paziente inizia al momento del sospetto di frattura di femore, la sintomatologia tipica è dolore all'inguine, l'arto inferiore appare accorciato ed extra ruotato, è presente impotenza funzionale algica alla mobilizzazione insorta dopo eventi traumatici o anche semplici spostamenti. Si raccomanda sempre l'attivazione del SUEM 118 per la stabilizzazione e trasporto del paziente presso il Pronto Soccorso.

Al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso il personale che accompagna in PS trasmette le informazioni raccolte: parametri vitali, la modalità del trauma ed eventuali altri traumi associati, la terapia farmacologica domiciliare con particolare rilievo all'assunzione di farmaci anticoagulanti, il recapito telefonico di un familiare. Una copia della stessa scheda segue la documentazione del paziente sino al reparto di ricovero. L'infermiere SUEM ha facoltà di somministrare terapia antidolorifica sul territorio o durante il trasporto



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

secondo le vigenti linee di indirizzo per il trattamento del dolore.

10.1 LA GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO

La valutazione iniziale del paziente con sospetta frattura di femore che accede in PS autonomamente o condotto da mezzo SUEM deve prevedere i seguenti step:

Triage

La gravità clinica del paziente viene valutata dall'infermiere di triage **in codice giallo (fatti salvi ulteriori aspetti clinici che determinino una classificazione diversa)** e posizionato su barella eventualmente con presidi (cuscini, lenzuola ecc.) che consentano al paziente di assumere la posizione antalgica preferita.

Valutazione del dolore in PS

Il dolore è uno dei sintomi più significativi per il paziente con femore fratturato ed è essenziale garantire un adeguato controllo fin dalla presa in carico da parte del personale di soccorso sul territorio. Nel paziente anziano un controllo insufficiente del dolore in fase preoperatoria crea sofferenza ed è associato ad aumentato rischio di delirium.

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 del dolore. Si raccomanda pertanto di valutare il dolore con scala NRS (Numerical rating scale) o PAINAID e somministrare terapia antidolorifica se necessario, con periodica rivalutazione del sintomo dolore.

Secondo le **raccomandazioni SIOT 2021** per la gestione del dolore è necessaria la valutazione:

- 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.

Il trattamento antalgico deve essere sufficiente a consentire i movimenti necessari alle procedure diagnostiche (come indicato dalla capacità di sopportare l'extra rotazione passiva dell'arto) e alle cure assistenziali.

È possibile somministrare il paracetamolo come analgesico di prima scelta ogni 6 ore, a meno di controindicazioni ed eventualmente 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).

Gestione del delirium

Il delirium è una complicanza frequente nei pazienti anziani con frattura di femore, con una prevalenza nel periodo perioperatorio che varia tra il 12% e il 61%. È ben documentato che il delirium compromette significativamente il recupero funzionale e la qualità della vita post-frattura.

Al fine di prevenire l'insorgenza del delirium è fondamentale agire su tre fronti:

- gestire il dolore



**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE**

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

- ridurre al minimo la permanenza del paziente in Pronto Soccorso
- garantire durante la permanenza in pronto soccorso la presenza di un care giver

La prevenzione rappresenta la strategia principale per limitare gli effetti avversi del delirium con un approccio multidimensionale e multimodale, che include:

- identificazione precoce dei pazienti ad alto rischio al momento del ricovero
- monitoraggio e correzione dei fattori di rischio modificabili, come squilibri elettrolitici, ipossia, dolore non controllato e uso di farmaci ad alto rischio (es. oppioidi, benzodiazepine, anticolinergici).
- ottimizzazione dell'ossigenazione per mantenere la saturazione >90%.
- miglioramento dell'assunzione di liquidi e dell'introito nutrizionale.

Per la rilevazione del delirium, è raccomandato l'uso di strumenti validati e di facile utilizzo. Il **TEST 4AT** è un test rapido (circa 2 minuti), non richiede formazione specifica e può essere somministrato da medici, infermieri e altri operatori sanitari. Il test valuta quattro parametri: stato di vigilanza, orientamento, attenzione e presenza di alterazioni acute o fluttuanti dello stato mentale. Un punteggio uguale o maggiore di 4 suggerisce la presenza di delirium. È importante effettuare lo screening all'ingresso in ospedale e ripeterlo regolarmente durante il ricovero, specialmente nel periodo post-operatorio (Allegato 1).

In caso di delirium conclamato, è fondamentale:

- identificare e trattare tempestivamente le cause sottostanti (es. infezioni, squilibri metabolici, dolore non controllato).
- implementare strategie non farmacologiche per ridurre l'agitazione e migliorare l'orientamento del paziente.
- limitare l'uso di farmaci sedativi e antipsicotici, riservandoli ai casi di delirium iperattivo con rischio per il paziente o per gli altri, e sempre sotto stretta supervisione medica. Per la gestione della terapia farmacologica si rimanda agli specifici protocolli di Pronto Soccorso.
- eventuale coinvolgimento degli specialisti geriatri per un approccio integrato alla cura del paziente.

Esiste un'evidenza consolidata che interventi multidimensionali e multimodali, mirati a fronteggiare congiuntamente tutti questi fattori, riducono l'incidenza del delirium e migliorano gli esiti clinici del paziente.

Fase di valutazione clinica in Pronto Soccorso

Il medico di PS valuta il paziente con sospetta frattura di femore secondo schema ABCDE (Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) accompagnato dalla raccolta anamnestica secondo schema (S)AMPLE: Sintomo, Allergie, farMaci, Patologie pregresse/gravidanza, ultimo pasto/copertura antitetanica (se ferite), Evento (dinamica), con particolare attenzione alla dinamica (malore vs trauma accidentale; dinamica minore vs maggiore/politrauma) e alla presenza di altre sedi di trauma che suggeriscono approfondimenti diagnostici estesi ad altri distretti corporei.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

In PS è necessario rilevare i parametri vitali, reperire un accesso venoso periferico (se non già reperito dall'infermiere SUEM) e iniziare la terapia infusiva su indicazione medica, o secondo protocollo.

Durante l'inquadramento in Pronto Soccorso è necessario svolgere i seguenti accertamenti:

- **Esami ematochimici:** emocromo, urea, creatinina, sodio, potassio,, calcio, glicemia, tempo di protrombina (PT), tempo di tromboplastina parziale attivata (aPTT), proteina C reattiva . Eventuali ulteriori esami ematochimici possono essere definiti localmente sulla base di esigenze ed accordi specifici (es. determinazione del gruppo sanguigno).
- Esecuzione e refertazione dell'ECG
- Il paziente viene inviato in radiologia per esecuzione e refertazione di **Radiografia bacino, anca**, ed eventualmente a giudizio clinico del medico di PS o secondo protocolli locali: **Radiografia torace ed Radiografia femore in toto** (particolarmente se si sospettano lesioni distali, o lesioni patologiche, ecc) ed in ogni caso, al fine di limitare al minimo il disagio del paziente e velocizzare il percorso dello stesso, in base alle necessità cliniche, si procederà ad eventuali ulteriori accertamenti radiologici contestualmente all'esecuzione della diagnostica citata,
- Posizionamento di catetere vescicale se indicato dal medico, sulla scorta di valutazione clinica/logistica (elevata sofferenza nella mobilizzazione del pz, instabilità della frattura, immediata prossimità dell'intervento chirurgico, previsione di trasferimento ad altro presidio ospedaliero).

In caso di riscontro di altre lesioni/problematiche concomitanti o causanti il trauma andrà valutata la priorità di cura coinvolgendo gli specialisti indicati.

In caso di clinica altamente suggestiva per frattura seppur con referto radiologico RX negativo, può essere richiesta la TAC dell'arto inferiore mirata per anca.

11. FRACTURE LIAISON SERVICE (FLS)

Le Linea guida **“Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità”** dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://www.iss.it/-/snlg-fratture-da-fragilita>) e le principali Società Scientifiche mondiali raccomandano in modo sempre crescente l'adozione di percorsi assistenziali organizzati e coordinati per la gestione clinica del paziente con fragilità ossea (si vedano ad esempio l'iniziativa “Capture the Fracture” della International Osteoporosis Foundation o IOF, o a livello italiano il nascente progetto “IMPACT” della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro o SIOMMMS).

Il **Fracture Liaison Service (FLS)**, è un modello clinico-organizzativo e di coordinamento che si fonda su di un sistema multidisciplinare, il cui obiettivo è la gestione del paziente con frattura da fragilità per trattare prontamente l'osteoporosi e prevenire l'insorgenza di ulteriori fratture da fragilità.

La presa in carico viene strutturata attraverso la cooperazione tra diverse figure specialistiche che intervengono in tutte le fasi del percorso del paziente: medico di emergenza-urgenza, ortopedico, geriatra, fisiatra e specialista in malattie osteo-fragilizzanti.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

I principi fondamentali che caratterizzano il processo di FLS possono essere riassunti nei seguenti punti:

1. **Strategie di “case-findings”** (identificazione dei soggetti con frattura osteoporotica di femore e pertanto a elevato rischio di successiva frattura da fragilità);
2. **Interazione, collaborazione e coordinamento** delle principali figure sanitarie coinvolte nel management e nell’assistenza del paziente fratturato;
3. **Valutazione clinica** basata sulle evidenze (stratificazione del rischio, valutazione ed esclusione di possibili forme di osteoporosi secondaria, definizione della terapia più appropriata per il singolo paziente, aspettativa di vita, rapporto costo/beneficio);
4. **Prescrizione ed avvio di una terapia** basata sulle evidenze scientifiche, anche in ambito intra-ospedaliero durante il periodo della degenza
5. **Monitoraggio a lungo termine** finalizzato al miglioramento di aderenza, al monitoraggio clinico ed alla misurazione degli outcomes.

Nel FLS svolge un ruolo centrale il “**Bone Coordinator**”, un medico specialista esperto di metabolismo osseo, che può afferire a diverse discipline (es. Geriatria, Medicina Interna, Reumatologia, Endocrinologia, Ortopedia, etc) e che coordina il percorso e ne valuta l’efficacia attraverso outcome codificati.

Il contesto del Pronto Soccorso rappresenta l’inizio del percorso del paziente con frattura di femore ed è pertanto raccomandata l’intercettazione precoce del paziente con frattura da fragilità, al fine permettere la tempestiva presa in carico e l’inserimento nel percorso che è necessario inizi quanto più precocemente possibile.

In considerazione della rilevanza clinica dell’identificazione delle fratture da fragilità e del più precoce trattamento dell’osteoporosi, il gruppo di lavoro ritiene opportuno includere nel case finding FLS, pazienti con età > di 50 anni che incorrano in una frattura di femore.

Il modello FLS prevede l’interazione ed il coordinamento tra le seguenti aree e figure funzionali:

- **Area dell’Accettazione e Pronto Soccorso:** identifica il paziente con frattura di femore e ne segnala l’invio nelle UOC di riferimento del Bone Coordinator, attraverso un canale dedicato o attraverso appositi sistemi informatici/organizzativi individuati a livello aziendale.
- **Area Ortopedica e Traumatologica** riceve il paziente, ne gestisce gli aspetti clinici urgenti e, anche attraverso l’area del Coordinamento Infermieristico, ne raccoglie le caratteristiche demografiche essenziali;
- **Area di Coordinamento di afferenza del Bone Coordinator:** coadiuva le figure coinvolte nelle attività diagnostiche e terapeutiche e coordina le attività del FLS, anche con riferimento al follow-up clinico e terapeutico del paziente dopo la dimissione ospedaliera, vedendo in presenza il paziente, caratterizzando le comorbidità relative allo scheletro ed extrascheletriche, identificando nella fragilità ossea la causa della frattura, indicando il percorso diagnostico di



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

laboratorio e, se necessario, strumentale, valuta gli esiti degli accertamenti e propone la terapia farmacologica più appropriata.

Figura 5. Diagramma di flusso FLS

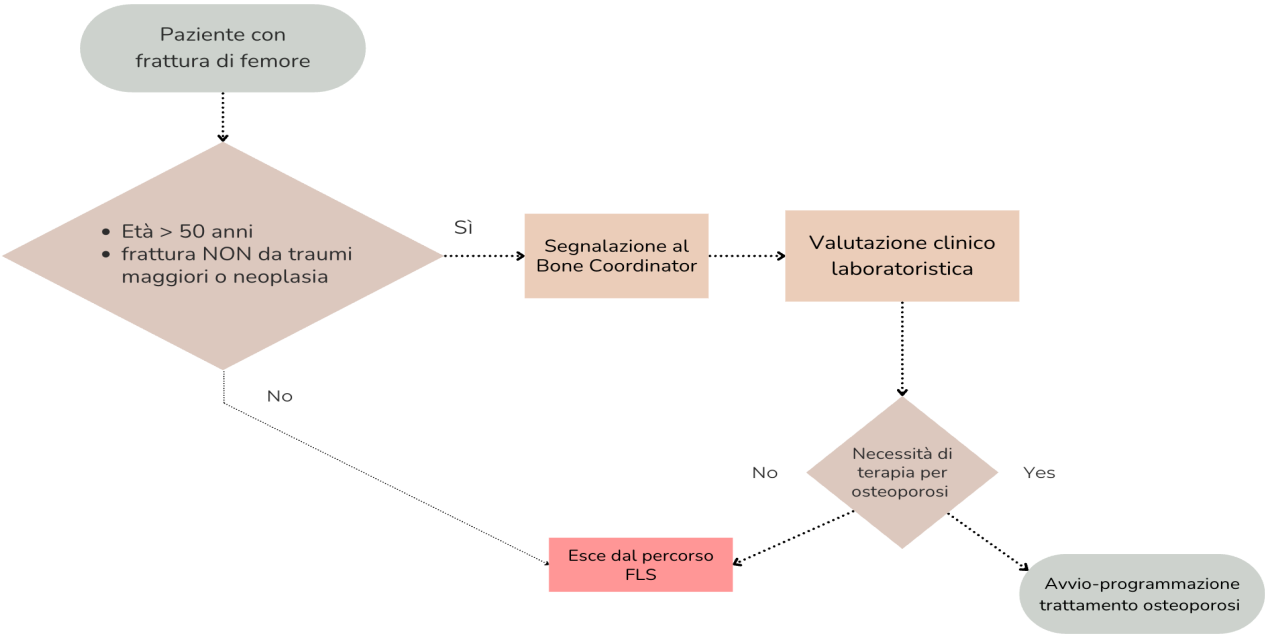


Figura 6. Attività e responsabili

Pronto Soccorso	Bone Coordinator	Setting individuato a livello aziendale	
01. Identificazione Paziente - Pazienti con frattura di femore da fragilità ed età ≥ 50 anni - Esclusione di fratture traumatiche (secondo la dinamica dell'eventuale trauma) - Esclusione di fratture patologiche secondarie a neoplasie note - Valutazione dell'aspettativa di vita a sei mesi	02. Valutazione integrata Rischio frattura - Valutazione clinico-anamnestica mirata (comorbidità e fattori di rischio per fragilità ossea) - Stima del rischio di frattura a 10 anni (con utilizzo di calcolatore validato) - Esami di laboratorio di primo e secondo livello (in base al sospetto clinico) - Eventuali indagini densitometria ossea e/o radiologiche di primo o secondo livello	03. Intervento Terapia osteo-attiva (secondo le indicazioni delle Linee Guida Nazionali, i criteri di rimborsabilità della Nota 79 e considerando eventuali controindicazioni relative al singolo paziente)	04. Follow-up - Indicazioni in merito a eventuali esami di laboratorio/radiologici di controllo - Indicazioni in merito a visite specialistiche di controllo - Indicazioni in merito a follow-up per il Medico di Medicina Generale



**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE**

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

La prevenzione secondaria dell'osteoporosi, ovvero l'insieme dei provvedimenti da mettere in atto nei pazienti con pregresso episodio di frattura, comprendono:

- **Terapia osteo-attiva:** in base alle indicazioni delle Linee Guida Nazionali, della Nota AIFA 79 nonché del “Documento di indirizzo regionale per l'impiego dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi” della Regione Veneto. In particolare, la Nota AIFA 79 fornisce chiare indicazioni sui farmaci di I, II o III linea di trattamento nelle diverse condizioni di rischio, basate fondamentalmente su tre criteri (evidenza in termini di efficacia antifratturativa, rapporto costo/efficacia per frattura prevenuta, sicurezza). La Nota AIFA 79 prevede anche la possibilità di passare dalla I linea di trattamento a quelle successive in presenza di giustificate motivazioni cliniche: intolleranza, incapacità di assunzione corretta, effetti collaterali o controindicazioni al farmaco della linea precedente, occorrenza di una nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamenti praticati per almeno un anno con i farmaci della linea precedente. I farmaci attualmente disponibili sono:
 - Bisfosfonati orali (alendronato, ibandronato e risedronato)
 - Bisfosfonati iniettabili (acido zoledronico 5 mg)
 - Denosumab
 - Teriparatide
 - Romosozumab
 - Abaloparatide
- **Supplementazione di calcio e/o vitamina D:** come già citato nella Premessa, l'assunzione di un farmaco per la prevenzione delle fratture, in assenza di un adeguato apporto di calcio e di un adeguato valore sierico di 25-OH-vitamina D, determina una risposta ridotta o anche assente alla terapia farmacologica, come documentato da uno studio italiano del 2018 [10].

La valutazione da parte del “Bone Coordinator” comprende l'identificazione dei fattori di rischio per recidiva fratturativa, l'esclusione di cause secondarie di fragilità scheletrica rilevanti e l'integrazione con i principali dati anamnestici e con il burden complessivo di comorbidità (utilizzando il Charlson Comorbidity Index).

Tali informazioni vengono integrate con quelle ottenute dagli esami di laboratorio di cui alla Sezione “**Diagnostica bioumorale**” (Esami di I livello), ed eventualmente completate con la richiesta di ulteriori accertamenti di laboratorio (v. “**Diagnostica bioumorale**” Esami di II Livello) o strumentali (es. densitometria ossea, Rx rachide per morfometria vertebrale), al fine di identificare la migliore terapia antifratturativa.



**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE**

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Il **FLS** prevede la creazione di un **percorso aziendale** che consenta, in consistenza di ricovero o secondo il setting individuato, che tutti i pazienti con frattura di femore eleggibili vengano valutati dal punto di vista osteometabolico per permettere l'eventuale inizio precoce della specifica terapia.

Durante la valutazione specialistica e nella relativa consulenza vengono inoltre fornite e documentate **le indicazioni sul follow-up clinico e strumentale**, con particolare riferimento:

- alle modalità di rivalutazione: presa in carico dal Medico di Medicina Generale o follow-up specialistico,
- ai tempi previsti,
- alla verifica dell'aderenza terapeutica.

La scelta della terapia antifratturativa viene effettuata dal "Bone Coordinator", considerando rischio di rifrattura, comorbidità, esami di laboratorio, benefici attesi e potenziali effetti avversi.

In particolare:

- **Terapia antifratturativa:** la scelta della terapia antifratturativa viene definita sulla base del burden complessivo di comorbidità.

1. Nei pazienti con Charlson Comorbidity Index ≥ 6 , la terapia di prima scelta è l'acido zoledronico 5 mg in infusione endovenosa (durata minima 30 minuti), da somministrare durante il ricovero. Nei pazienti con controindicazioni all'acido zoledronico (ad esempio insufficienza renale cronica con eGFR < 35 mL/min) o in presenza di difficoltà alla somministrazione intraospedaliera, verrà presa in considerazione la terapia con denosumab.
2. Nei pazienti con Charlson Comorbidity Index < 6 , si potrà optare per la somministrazione intraospedaliera di acido zoledronico oppure optare per altre classi di farmaci anti-fratturativi, da utilizzare in alternativa o in aggiunta all'acido zoledronico.

La prescrizione della terapia anti-fratturativa avviene in ogni caso nel rispetto dei criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 79.

- **Supplementazione di vitamina D:** la prescrizione viene effettuata tenendo conto di eventuali supplementazioni già assunte a domicilio e dei livelli sierici di 25-OH-vitamina D. Nei pazienti con valori inferiori a 50 nmol/L, oppure in assenza di dati disponibili, è prevista la somministrazione di una dose di carico con colecalciferolo per via orale pari a 150.000–250.000 UI, suddivise in dosi frazionate nell'arco di 1–7 giorni, salvo controindicazioni (ad esempio ipercalcemia severa). Successivamente viene fornita



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

indicazione per la prosecuzione della supplementazione a domicilio. La prescrizione di vitamina D avviene nel rispetto dei criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 96.

- **Supplementi di calcio:** la prescrizione viene effettuata sulla base della stima dell'introito quotidiano di calcio a domicilio e dei risultati degli esami di laboratorio.

Sulla base della valutazione e delle indicazioni formulate dal "Bone Coordinator", il personale medico e infermieristico del reparto (o nel setting individuato a livello aziendale) assicura la somministrazione dell'eventuale terapia anti-fratturativa da avviare durante il ricovero (ad esempio acido zoledronico, supplementazione di vitamina D e/o calcio). Qualora sia prevista l'attivazione del trattamento in fase post-dimissione, il medico che ha in cura il paziente riporta tali indicazioni nella lettera di dimissione e le comunica al medico di medicina generale e agli altri referenti territoriali coinvolti nella continuità assistenziale, specificando tempistiche e modalità di trattamento.

- Si raccomanda una somministrazione di Vitamina D non oltre le 100.000 UI/die.

12. RICOVERO E FASE PREOPERATORIA

In base alla presentazione clinica e alla prospettiva diagnostica e terapeutica il paziente verrà ricoverato presso un reparto di ortopedia o di area internistica.

12.1 Valutazione multidisciplinare

Per poter sottoporre i pazienti con frattura del femore prossimale ad intervento chirurgico nel più breve tempo possibile, ovvero al più tardi entro 48 ore dal triage in PS, è necessaria una tempestiva valutazione multidisciplinare.

Il team assistenziale comprende abitualmente lo specialista geriatra o l'internista con competenze specifiche in ambito ortogeriatrico, l'anestesista e il chirurgo ortopedico, assicurando il raccordo con il Medico di Assistenza Primaria. L'approccio multidisciplinare permette infatti di affrontare globalmente la complessità del quadro clinico, focalizzandosi su aspetti prioritari quali il controllo del dolore, la prevenzione del delirium, il supporto nutrizionale e l'esecuzione degli accertamenti necessari al completamento dell'iter diagnostico. In tale contesto, il MAP riveste un ruolo determinante nel facilitare il reperimento delle informazioni cliniche relative all'anamnesi patologica e alla terapia farmacologica domiciliare.

12.1.2 Ruolo dell' ortogeriatra

Il modello ortogeriatrico è un approccio clinico integrato basato sulla co-gestione del paziente anziano con fratture da fragilità da parte dell'ortopedico e del geriatra. Questo percorso clinico garantisce una valutazione precoce delle comorbidità, permettendo un intervento chirurgico tempestivo e riducendo drasticamente le complicanze perioperatorie. Grazie alla mobilitazione ultra-precoce e all'intervento di un team interprofessionale, viene pianificato un iter riabilitativo e di dimissione altamente personalizzato.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Oggi considerato il *gold standard* del settore, questo modello globale riduce i tempi di degenza, la mortalità e le riospedalizzazioni, tutelando il recupero funzionale e la qualità di vita del paziente.

Possono essere presenti diversi modelli di assistenza ortogeriatrica, dalla presa in carico medica da parte del geriatra alla consulenza erogata presso il reparto di Ortopedia.

In fase perioperatoria avviene l'inquadramento del paziente e la valutazione dell'idoneità a procedere ad intervento chirurgico nel più breve tempo possibile. È necessario che la ricognizione delle informazioni di anamnesi patologica e farmacologica qualora non già disponibili dal setting del Pronto Soccorso, avvenga con il supporto del MAP

Un obiettivo chiave è identificare malattie acute e croniche e, ove possibile, prevenire le condizioni che predispongono a complicanze perioperatorie. Al fine di accelerare la presa in carico del paziente nel postoperatorio diventa anche indispensabile un suo inquadramento sociale ed assistenziale, in aiuto anche alla figura del case manager dove presente, al fine di accelerare il reinserimento al domicilio o in struttura idonea.

12.1.3 Ruolo del cardiologo

La consulenza cardiologica è raccomandata in caso di pazienti affetti da patologie quali, a titolo esemplificativo, sospetto di sindrome coronarica acuta, aritmia iper-ipocinetica minacciosa, scompenso cardiaco grave o distress respiratorio dnnd.

La consulenza deve essere erogata in tempi congrui al fine di permettere lo svolgimento dell'intervento chirurgico entro 48 ore dal triage.

12.1.4 Ruolo dell'anestesista e gestione perioperatoria

L'anestesista deve distinguere tra le condizioni preoperatorie che richiedono una immediata correzione come disidratazione, ipovolemia, anemia, ipossia, disordini elettrolitici ed aritmie (normalmente gestibili in 24/48h), e quelle più difficilmente correggibili che possono incidere gravemente sul periodo postoperatorio del paziente come nel caso di cardiopatia cronica, insufficienza respiratoria, disfunzione renale o disturbi cognitivi. Condizioni preoperatorie correggibili rapidamente, che richiedono gestione tempestiva sono disidratazione, ipovolemia, anemia, ipossia, squilibri elettrolitici ed aritmie (es. fibrillazione atriale con elevata frequenza ventricolare).

12.1.5 Ruolo dell'ortopedico

Il Chirurgo Ortopedico insieme al gruppo multidisciplinare deve valutare le condizioni precliniche e determinare la tipologia di intervento e relativa acquisizione del consenso (anche alle eventuali emotrasfusioni o utilizzo di emoderivati) a seconda delle indicazioni al trattamento di tipo chirurgico.

Le finalità dell'intervento sono la rimozione del dolore e la ripresa del carico, ove il paziente prima camminasse, e sicuramente ridurre le complicanze legate ad un allettamento prolungato.

Necessario per poter eseguire un corretto planning preoperatorio sono la radiografia del bacino e dell'anca da operare. La corretta proiezione del bacino dovrebbe essere eseguita almeno dell'anca



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

controlaterale sana. Talvolta la TAC può essere richiesta dall' Ortopedico preferibilmente già in PS nei casi di frattura dubbia o per migliore programmazione dell'intervento chirurgico e garantirne l'esecuzione entro le 48 ore .

L'intervento chirurgico può avvenire in urgenza secondo le procedure del singolo ospedale o in urgenza differita, fermo restando la tempistica delle 48 h dal triage del paziente in pronto soccorso.

Una volta stabilizzato chirurgicamente il paziente ed eseguite le indagini diagnostiche post intervento per la verifica della riuscita dello stesso (es. controllo radiografico post operatorio), l'ortopedico allerta nel più breve tempo possibile il fisiatra per la definizione del progetto riabilitativo individuale fornendo chiare indicazioni sulla mobilizzazione e carico dell'arto operato e fornisce al collega ortogeriatra o Bone Coordinator informazioni in merito ad eventuale riscontro di quadro di osteoporosi marcata durante l'atto chirurgico.

12.2 Gestione della terapia antiaggreganti/anticoagulanti

Frequentemente i pazienti con frattura di femore assumono terapia antiaggregante e anticoagulante, l'effetto antiaggregante si mantiene da un minimo di 3-5 giorni dall'ultima dose del farmaco (ticagrelor) ad un massimo di 5-10 giorni per gli altri antiaggreganti piastrinici (aspirina, clopidogrel, prasugrel). Numerosi studi hanno dimostrato che, anche se presente un rischio emorragico aggiuntivo, i pazienti con FFP in terapia antiplastrinica, non presentano un aumento significativo di eventi emorragici maggiori o della mortalità, né necessitano di un maggior numero di trasfusioni di sangue. Al contrario, ogni ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico è associato ad esiti peggiori. Analogamente, l'interruzione della terapia antiplastrinica o la somministrazione di trasfusioni piastriniche comportano un aumentato rischio di eventi tromboembolici. Il ritardo dell'intervento chirurgico non è raccomandato neppure nei pazienti in doppia terapia antiplastrinica (DAPT³). Una trasfusione di piastrine dovrebbe essere riservata solo ai casi di sanguinamento attivo in corso. Si rimanda ai protocolli specifici di buona pratica clinica per la gestione dei pazienti che assumono queste terapie.

³ Linee Guida Nazionali "Fratture del femore prossimale nell'anziano" SIOT.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Tabella 7. farmaci antiaggreganti e anticoagulanti⁴

Farmaco	Emivita/ Effetto	Gestione intervento	Anestesia Spinale
Aspirina	effetto irreversibile sulle piastrine	procedere con l'intervento chirurgico, continuare la terapia	Sì
Clopidogrel/ Prasugrel Ticlopidina	effetto irreversibile sulle piastrine	procedere con chirurgia in AG, monitorare le perdite ematiche, considerare trasfusione piastrinica in presenza di evento emorragico	Sì, se l'AG comporta un rischio maggiore per il paziente
Ticagrelor	8–12 ore effetto reversibile	procedere con chirurgia in AG, monitorare le perdite ematiche, considerare trasfusione piastrinica in presenza di evento emorragico	Sì, se l'AG comporta un rischio maggiore per il paziente
Eparina non frazionata (i.v.)	1–2 ore	interrompere somministrazione eparina ev 2-4 ore prima	Sì, dopo 4 ore dalla sospensione
Eparina a basso peso molecolare (dose profilattica)	3–7 ore	ultima dose 12 ore prima	Sì, dopo 12 ore dall'ultima somministrazione
Eparina a basso peso molecolare (dose terapeutica)	3–7 ore	ultima dose 12–24 ore prima, monitorare le perdite ematiche	Sì, dopo 24 ore dall'ultima somministrazione
Dabigatran	15–17 ore	considerare l'intervento 24–48 ore dopo l'ultima dose, valutare la funzionalità renale, considerare l'uso di idarucizumab per reversal	Sì, dopo 24–36 ore se TT o test attività anti-Xa sono normali; se no, somministrare idarucizumab

⁴ (Griffiths R, Babu S, Dixon P. Guideline for the management of hip fractures 2020. Anaesthesia 2021, 76, 225–237; doi:10.1111/anae.15291. Appendix S1 Suggested management of hip fracture patients taking anticoagulant or antiplatelet medication)



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Farmaco	Emivita/ Effetto	Gestione intervento	Anestesia Spinale
		immediato	
Rivaroxaban / Apixaban / Edoxaban	circa 12 ore	considerare intervento 12–24 ore dopo l'ultima dose, valutare la funzionalità renale, può essere parzialmente antagonizzato con complesso protrombinico	Sì, se eGFR > 60 mL/min dopo 24 ore; se eGFR < 60 mL/min dopo 48 ore, procedere se concentrazione attività anti-Xa ≤ 50 ng/mL; antagonizzare se > 50 ng/mL

12.2.1 Gestione malnutrizione

La gestione della malnutrizione nei pazienti ospedalizzati per FFP è cruciale, poiché circa il 50–60% di questi pazienti presenta, al momento del ricovero, un rischio di malnutrizione o una malnutrizione conclamata. La malnutrizione è associata a un aumento del rischio di delirium, di dimissione verso strutture a maggiore intensità assistenziale, di perdita della funzionalità fisica e di mortalità post-operatoria.

La valutazione dello stato nutrizionale si avvale di diversi marcatori sierologici:

- Albumina: è il marcatore più utilizzato. L'ipoalbuminemia (<3,5 g/dL) è associata a un aumentato rischio di complicanze post-operatorie, complicanze della ferita chirurgica e infezioni. Tuttavia, a causa della sua lunga emivita (circa 20 giorni), l'albumina è meno sensibile nel rilevare variazioni rapide dello stato nutrizionale.
- Prealbumina (Transtiretina): ha un'emivita più breve (2–3 giorni) rispetto all'albumina, rendendola un indicatore più sensibile per valutare cambiamenti acuti dello stato nutrizionale. Tuttavia, i suoi livelli possono essere influenzati da stati infiammatori e patologie tiroidee.
- Transferrina: utilizzata come marker surrogato dello stato nutrizionale, ha un'emivita di circa 8 giorni. La sua concentrazione può aumentare in caso di carenza di ferro, rendendola meno affidabile in presenza di sideropenia. Inoltre, come altri marcatori, è influenzata da stati infiammatori.
- Conta Linfocitaria: una conta linfocitaria inferiore a 1500 cellule/mm³ può indicare uno stato di malnutrizione, riflettendo una compromissione della risposta immunitaria.
- Vitamina D, Vitamina B12, Sideremia, Ferritina, Transferrina, Acido folico (Raccomandazione B moderata)

Tutti questi marcatori possono essere influenzati da stati infiammatori, traumi o infezioni, comuni nei pazienti con frattura di femore, e pertanto devono essere interpretati nel contesto clinico complessivo. La gestione proattiva della malnutrizione nei pazienti con FFP può migliorare significativamente gli esiti clinici, riducendo le complicanze post-operatorie e favorendo un recupero funzionale più rapido. **Indipendentemente dallo stato nutrizionale preoperatorio, il digiuno prolungato e la disidratazione durante il ricovero rappresentano ulteriori fattori prognostici negativi.** Considerato che la disidratazione



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

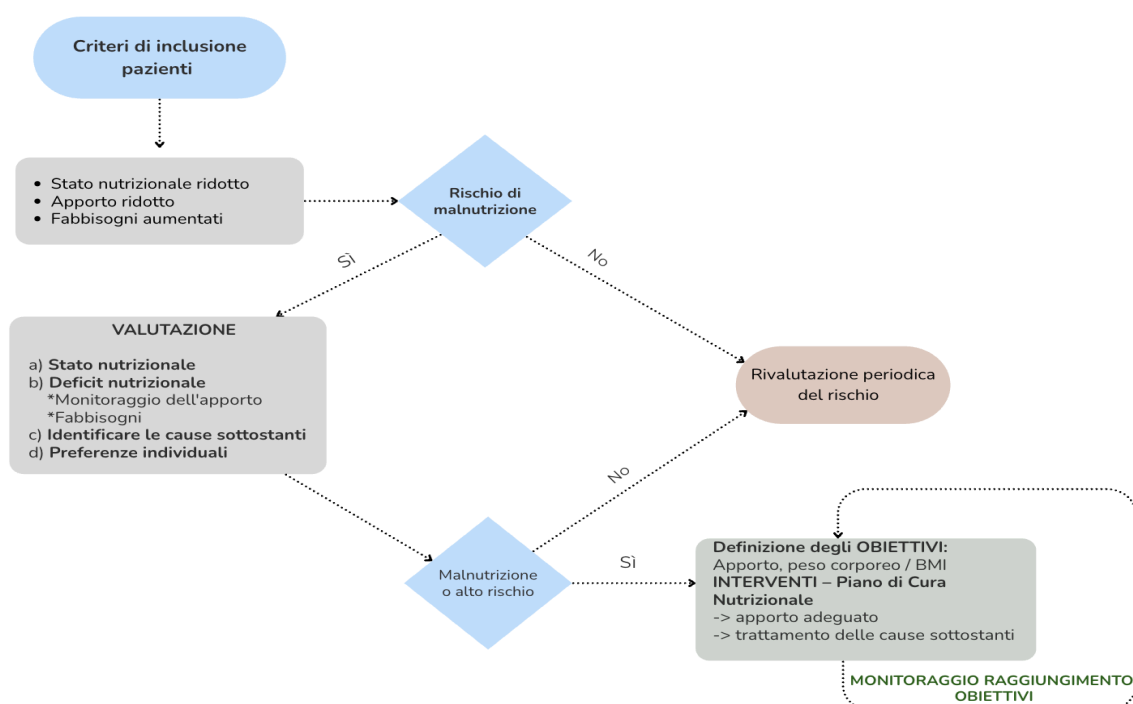
e il digiuno prolungato sono associati a complicanze metaboliche e a un aumento della mortalità nel medio termine, si raccomanda di limitare il digiuno preoperatorio a 6 ore per i cibi solidi e a 2 ore per i liquidi. Si consiglia di somministrare bevande a base di carboidrati prima dell'intervento ed integratori ad elevato contenuto proteico dopo la chirurgia e di nutrire ed idratare il paziente per via orale appena possibile.

Digiuno pre-intervento:

- Limitare cibi solidi 6 h prima dell'intervento e 2 h per i liquidi
- bevande a base di carboidrati prima dell'intervento ed integratori ad elevato contenuto proteico dopo la chirurgia
- nutrizione ed idratazione per via orale appena possibile.

È raccomandato inoltre effettuare una valutazione nutrizionale sistematica al momento del ricovero, utilizzando strumenti validati come il **Mini Nutritional Assessment (MNA)** o il protocollo SCALES.

- Intervento Nutrizionale: in caso di malnutrizione o rischio di malnutrizione, è fondamentale avviare tempestivamente un intervento nutrizionale personalizzato, che può includere la supplementazione orale, la nutrizione enterale o parenterale, in base alle condizioni cliniche del paziente.
- Monitoraggio: è essenziale monitorare regolarmente lo stato nutrizionale durante il ricovero, valutando l'efficacia dell'intervento nutrizionale e apportando eventuali modifiche al piano terapeutico.





PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

12.2.2 Patient Blood Management e gestione delle trasfusioni

L'anemia è una condizione comune nei pazienti ricoverati per FFP, con una prevalenza che varia dal 10% al 40% al momento del ricovero ed è da considerare un fattore indipendente per un outcome sfavorevole. Le cause possono includere patologie croniche come neoplasie o insufficienza renale, malnutrizione e terapie con anticoagulanti. Durante il periodo perioperatorio, l'emorragia e l'emodiluizione possono ulteriormente ridurre i livelli di emoglobina. Le perdite ematiche associate alle fratture del femore sono spesso sottostimate e si aggirano intorno a 1600 ml nelle fratture inter/sub-trocanteriche, 1200 ml nelle fratture extracapsulari e circa 1000 ml nelle fratture intracapsulari.

Un intervento chirurgico ritardato oltre le 24 ore nelle fratture inter/sub-trocanteriche è associato a un aumento della necessità trasfusionale. La gestione dell'anemia e delle trasfusioni nei pazienti con FFP è un elemento importante per migliorare gli esiti clinici e ridurre le complicanze post-operatorie. L'approccio del Patient Blood Management (PBM) offre un framework multidisciplinare per ottimizzare l'uso del sangue e minimizzare le trasfusioni non necessarie. Si rimanda pertanto al PDTA per il Patient blood management (DDR n. 19 del 18 febbraio 2025).

12.3 RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA

Il presente PPDTA non analizza quanto di pertinenza chirurgica rimandando alle specifiche procedure in essere. Il ricovero presso la TIPO è da dedicare a pazienti ad alto rischio, dopo valutazione ortogeriatrica e anestesiológica

13. LA PRESA IN CARICO E IL CASE MANAGEMENT

Al fine di facilitare la presa in carico dei pazienti è necessario che, figure individuate in base alla specificità organizzative aziendali, svolgano le seguenti funzioni di case management:

1. Presa in carico e Valutazione (Assessment)

Esecuzione della valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito, comprendente l'analisi degli aspetti clinici, psicologici, sociali e riabilitativi. Tale fase prevede l'analisi del profilo di fragilità del paziente, della rete familiare e delle risorse socio-economiche, con identificazione precoce di potenziali criticità nella dimissione al fine di prevenire l'inefficace utilizzo dei posti letto.

2. Pianificazione delle cure (Care Planning)

Redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), con definizione di obiettivi clinici misurabili e personalizzati, coerenti con la qualità della vita del paziente. Questa attività comporta il coordinamento con l'équipe multidisciplinare per stabilire le priorità d'intervento e la pianificazione delle risorse e dei servizi necessari.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

3. Coordinamento e Integrazione delle Cure

Funzione di raccordo sistemico per l'ottimizzazione della continuità assistenziale tra il setting ospedaliero e la rete dei servizi territoriali (strutture di riabilitazione, RSA, domicilio). Include l'attivazione dei supporti necessari all'aderenza al piano di cura, la promozione della comunicazione integrata tra specialisti, Medici di Medicina Generale e caregiver, e il monitoraggio dei flussi di accesso per contrastare i ricoveri inappropriati.

4. Educazione Sanitaria e Supporto al Caregiver

Attività di orientamento e formazione rivolta al paziente e al caregiver in merito alla gestione farmacologica, all'uso di dispositivi medici e al riconoscimento dei sintomi. Fornitura di supporto informativo sulle procedure burocratiche e organizzative, con individuazione del caregiver di riferimento quale punto di contatto privilegiato per il percorso assistenziale.

5. Gestione tramite Telemedicina

Implementazione di strumenti di telemedicina a supporto del follow-up e del monitoraggio clinico.

14. RIABILITAZIONE PRECOCE POST OPERATORIA

Al fine di ottenere gli outcome migliori, la presa in carico riabilitativa deve avvenire entro le **48 ore** (preferibilmente entro le **24 ore**) **successive all'intervento** e inizia con una valutazione fisiatrica mirata alla definizione di un Progetto Riabilitativo Individuale, con attivazione contestuale di un programma riabilitativo specifico. L'inizio precoce della riabilitazione si associa in letteratura, a una riduzione della mortalità a 6 mesi se confrontata con una mobilitazione ritardata. (6)

La precoce ripresa dell'abilità di muoversi nell'ambiente da parte del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa (1). Il recupero della mobilità è finalizzato a ripristinare il miglior livello funzionale possibile, con il raggiungimento di performance, per quanto possibile, analoghe a quelle antecedenti il trauma (2) e implica in primis la mobilitazione precoce del paziente per acquisire la capacità di cambiare posizione, stare seduto, stare in piedi e camminare. Secondo le Linee Guida NICE sarebbe importante garantire al paziente almeno una seduta di mobilitazione al giorno e favorire quanto prima il carico sull'arto operato. (9).

La mobilitazione precoce, in considerazione delle condizioni cliniche del paziente, rappresenta il primo atto fondamentale da eseguire nel post operatorio, al fine del precoce recupero funzionale.

La mobilitazione quale ad esempio il passaggio dal clinostatismo alla stazione assisa a bordo letto, può essere effettuata anche da operatori di interesse sanitario debitamente formati.

**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE***Codifica Rev. N.0
luglio 2026*

La mobilitazione precoce del paziente comporta una riduzione delle complicanze correlate all'allettamento prolungato, in particolare riduce al minimo il rischio di polmonite, tromboembolismo venoso, lesioni da pressione e delirium. (3,4).

Dopo il recupero della stazione eretta e la concessione del carico (se non espressamente controindicata), il percorso riabilitativo prosegue senza interruzioni in post-acuzie nel setting riabilitativo più adeguato alle condizioni del paziente, in genere scelto tra:

- riabilitazione intensiva (Codice 56)
- riabilitazione estensiva (Unità Riabilitativa Territoriale)
- riabilitazione ambulatoriale
- riabilitazione domiciliare

Per l'individuazione del setting riabilitativo più appropriato può essere necessario lo svolgimento della UVMD, cui è tenuto a partecipare anche il MAP che collabora alla definizione delle necessità assistenziali e sociali.

Indicazione a ricovero in Riabilitazione Intensiva Codice 56 (Regime ordinario)

Si richiama la DGR n. 685 del 18 giugno 2024 "Definizione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codice 56, codice 28 e codice 75). Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007 e ss.mm.ii.."

Criteri clinici generali ricovero

Il ricovero in Riabilitazione Intensiva in regime ordinario nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico per frattura del femore prossimale (MDC, Major Diagnostic Categories 8) è appropriato in presenza di condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche che non consentano il reinserimento socio-familiare o la permanenza in ambiente extra-ospedaliero, ma comunque compatibili con la partecipazione del paziente ai programmi riabilitativi intensivi. Pertanto, il regime di ricovero ordinario è appropriato solo se vi è necessità di assistenza medico-infermieristica articolata nelle 24 ore per gestire le condizioni cliniche e le comorbidità attive o la gestione del rischio di instabilità clinica durante lo svolgimento dei programmi riabilitativi intensivi.

Criterio della provenienza e dell'intervallo temporale

La correlazione a un evento acuto disabilitante rappresenta il principale elemento di appropriatezza di un ricovero riabilitativo; sono considerati ricoveri conseguenti a evento acuto disabilitante i ricoveri che rispettano i seguenti criteri di provenienza e intervallo temporale:

- provenienza da dimissione e trasferimento da reparti per acuti, con intervallo temporale tra la data di dimissione dal ricovero in acuzie e la data di ammissione al ricovero ordinario di riabilitazione pari a 0 (zero) giorni → ricovero in continuità da reparto per acuti. Fanno eccezione i ricoveri per menomazioni e



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

- disabilità di origine muscolo-scheletrica per cui non è consentito il carico a uno o entrambi gli arti inferiori, per i quali il ricovero riabilitativo è differibile fino al momento della concessione del carico;
- provenienza da strutture del setting extraospedaliero dopo dimissione da reparto per acuti e in attesa di posto letto riabilitativo, con percorso di presa in carico riabilitativa già definito e intervallo temporale tra la data di dimissione dalla struttura extraospedaliera e la data di ammissione del ricovero ordinario di riabilitazione pari a 0 (zero) giorni → ricovero in continuità da struttura extraospedaliera. La durata della permanenza nella struttura extraospedaliera non dovrebbe essere di regola superiore a 15 giorni;
 - provenienza da dimissione e trasferimento da altro reparto di riabilitazione intensiva codice 56 per prosecuzione del Progetto Riabilitativo Individuale e avvicinamento alla propria residenza, con intervallo temporale tra la data di dimissione dal primo ricovero riabilitativo e la data di ammissione al successivo ricovero ordinario di riabilitazione pari a 0 (zero) giorni → ricovero in continuità da reparto di riabilitazione intensiva codice 56 (in linea di principio la sommatoria dei due ricoveri concorre alla definizione del valore soglia complessivo della degenza, per i trasferimenti intraregione).

Criterio del fabbisogno assistenziale e della complessità clinica

- Almeno Cure di Base e Sostengo C1 secondo Rehabilitation Complexity Scale -extended (RCS-e): sono richiesti interventi di assistenza per le attività di vita quotidiana sia in termini di supporto fisico che di supervisione (lavarsi, vestirsi, igiene, bisogni corporali, alimentazione e nutrizione, mantenimento della sicurezza personale, etc...). La condizione deve richiedere l'aiuto di 1 persona per la maggior parte dei bisogni di cura di base. Occasionalmente può richiedere l'aiuto di una seconda persona.
- Almeno Bisogni Infermieristici Specializzati N2 secondo RCS-e: sono richiesti interventi di personale infermieristico competente (competenze di base ed esperienza: es. somministrazione di farmaci, medicazioni di ferite/stomie, monitoraggio infermieristico, nutrizione enterale con sondino naso-gastrico, infusione endovenosa etc...), ma anche personale esperto in riabilitazione (es. nella gestione di programmi di mantenimento della postura, della deambulazione/posizione eretta, nell'applicazione di splint, nel supporto psicologico)
- Almeno Bisogni di cure mediche specializzate M2 secondo RCS-e: richiesti interventi di personale medico-specialistico per procedure di diagnosi o trattamento per necessità di supervisione medica e assistenza infermieristica nelle 24 ore. Necessità di frequente o imprevista consulenza medica.

Requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi

- Almeno Intensità di trattamento T12 secondo RCS-e: devono essere previste prevalentemente sedute individuali con frequenza giornaliera di norma di 6 giorni alla settimana, per almeno 3 ore al giorno (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità). In alternativa ricevono sedute di terapia di gruppo con regime molto intenso (>3 ore al giorno)



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

- Almeno Numero di discipline TD1 secondo RCS-e: il numero delle diverse discipline terapeutiche richieste a fini terapeutici deve essere ≥ 1

Tabella 8. Sintesi del fabbisogno assistenziale, della complessità clinica e dei requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi per il codice 56 (regime ordinario)

Ricovero ordinario COD. 56	Carico assistenziale	Rischio	Nursing	Necessità mediche	Intensità trattamento	Numero discipline	Ausili	Totale RCS Minima
MDC 8	$C \geq 1$	//	$N \geq 2$	$M \geq 2$	$TI \geq 2$	$TD \geq 1$	$E \geq 0$	8

Criteri di esclusione

- Severa compromissione cognitiva pre-esistente o non modificabile tale da impedire la partecipazione del paziente ai programmi terapeutici
- Assenza di collaborazione rispetto al programma riabilitativo proposto
- Disabilità moderatamente grave o grave secondo la modified Rankin Scale prima del trauma causa del ricovero (mRS pre-morbosa > 3)
- Presenza di comorbidità che controindichino trattamento riabilitativo intensivo (es. grave insufficienza cardiaca, con FE $< 25\%$)

Indicazione a ricovero in Riabilitazione Intensiva Codice 56 (Regime diurno, Day Hospital, DH)

Criteri clinici generali ricovero

Il ricovero in regime diurno (Day Hospital, DH) trova invece indicazione per il codice 56, in casi selezionati, per le stesse condizioni cliniche generali di presa in carico riabilitativa intensiva, ma in persone con quadro clinico e/o comorbidità stabilizzate e basso rischio di complicanze, tali da non richiedere assistenza medico infermieristica continuativa nelle 24 ore. Il ricovero diurno è appropriato se finalizzato alla prosecuzione del progetto riabilitativo individuale, in fase di dimissione da reparto per acuti o da reparto di riabilitazione e al fine di favorire una rapida deospedalizzazione e il reinserimento nel contesto socio-familiare.

Nel regime di ricovero diurno devono essere previste sedute individuali o di gruppo con frequenza anche non giornaliera, per almeno 2 ore complessive ad accesso (alcune delle quali possono essere periodi di auto-esercizio svolto con supervisione a distanza, se vi è la capacità).



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Tabella 9. Fabbisogno assistenziale, della complessità clinica e dei requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi per il codice 56 (regime diurno, DH)

Ricovero DH COD. 56	Carico assistenziale	Rischio	Nursing	Necessità mediche	Intensità trattamento	Numero discipline	Ausili	Totale RCS minima
MDC 8	C=0	//	N=0	M=1	TI $\geq$ 1	TD $\geq$ 1	E $\geq$ 0	3

Criteri di esclusione

- Severa compromissione cognitiva pre-esistente o non modificabile tale da impedire la partecipazione del paziente ai programmi terapeutici
- Assenza di collaborazione rispetto al programma riabilitativo proposto
- Disabilità moderatamente grave o grave secondo la modified Rankin Scale prima del trauma causa del ricovero (mRS $>$ 3)
- Presenza di comorbidità che controindichino trattamento riabilitativo intensivo- (es. grave insufficienza cardiaca, con FE $<$ 25%)

Indicazione a ricovero in Riabilitazione Estensiva (Unità Riabilitativa Territoriale, URT)

Le Unità Riabilitative Territoriali (URT) sono strutture atte a garantire le cure intermedie “cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, ma che hanno bisogno di un'assistenza continuativa per un periodo limitato di tempo”. (8)

Per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico per frattura prossimale del femore è indicato il ricovero in URT se si verificano le seguenti condizioni:

- perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, le ADL o Activities of Daily Living (es. ADL quali il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare, la continenza);
- traiettoria prognostica:
 - pazienti le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva;
 - pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione);
- assenza di condizioni di instabilità dal punto di vista clinico, non gestibili nell'ambito dell'Unità Riabilitativa Territoriale

La URT è una struttura sanitaria a valenza territoriale e a carattere di residenzialità temporanea e con compartecipazione della spesa (10). L'ingresso in URT prevede che venga formulata una eleggibilità dallo



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

specialista fisiatra che documenti il “possesso dei requisiti necessari perché il paziente venga accolto”. Nel caso di pazienti ricoverati, la richiesta di valutazione fisiatrica per la valutazione dei requisiti di eleggibilità avviene previa segnalazione di dimissione protetta secondo il Percorso Unico Regionale (11). L’eleggibilità all’ingresso in URT significa che la persona:

- è stata valutata da un punto di vista clinico, per un suo possibile ingresso in Unità Riabilitativa Territoriale (fisiatra)
- possiede le caratteristiche previste dalla normativa per quella tipologia di struttura (11).

Criteri di esclusione

- Assenza di collaborazione rispetto al programma riabilitativo proposto
- Disabilità moderatamente grave o grave secondo la modified Rankin Scale prima del trauma causa del ricovero (mRS>3)
- I profili SVAMA 16 e 17 (pazienti con decadimento cognitivo e gravi disturbi del comportamento) non possono essere adeguatamente protetti in queste strutture.
- Instabilità clinica o alto rischio di imprevedibilità clinica

Utilizzando gli stessi criteri di appropriatezza indicati nella DGR 685/2024 (criterio del fabbisogno assistenziale e della complessità clinica, requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi) l’eleggibilità del paziente ad accesso in URT dopo intervento per frattura di femore può essere indicativamente stimata come segue:

Tabella 10. Fabbisogno assistenziale, della complessità clinica e dei requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi per URT

Ricovero URT	Carico assistenziale	Rischio	Nursing	Necessità mediche	Intensità trattamento	Numero discipline	Ausili	Totale RCS minima
MDC 8	C=1	//	N=1	M=1	TI 1	TD 1	E≥0	5

Indicazioni a dimissione a domicilio con presa in carico riabilitativa ambulatoriale

La dimissione a domicilio con presa in carico riabilitativa estensiva ambulatoriale è possibile se si verificano le seguenti condizioni:

- sia recuperata, anche con ausili, la capacità di deambulazione autonoma dopo l’intervento chirurgico
- non vi sia necessità di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore
- non vi sia necessità di assistenza medica nelle 24 ore (gestibile dal medico di medicina generale con controlli occasionali)
- l’assistito sia trasportabile
- non necessarie sedute di riabilitazione quotidiane



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Utilizzando gli stessi criteri di appropriatezza indicati nella DGR 685/2024 (criterio del fabbisogno assistenziale e della complessità clinica, requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi) la presa in carico ambulatoriale del paziente dopo intervento per frattura prossimale di femore può essere stimata come segue:

Utilizzando gli stessi criteri di appropriatezza indicati nella DGR 685/2024 (criterio del fabbisogno assistenziale e della complessità clinica, requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi) la presa in carico ambulatoriale del paziente dopo intervento per frattura prossimale di femore può essere indicativamente stimata come segue:

Tabella 11. Fabbisogno assistenziale, della complessità clinica e dei requisiti qualitativi degli interventi riabilitativi per Riabilitazione Ambulatoriale

Riabilitazione e ambulatoriale	Carico assistenziale	Rischio	Nursing	Necessità mediche	Intensità trattamento	Numero discipline	Ausili	Totale RCS
MDC 8	C=0	//	N=0	M=0	TI=1	TD=1	E≥0	2

Indicazioni a dimissione a domicilio con presa in carico riabilitativa domiciliare (Dimissione protetta riabilitativa)

La riabilitazione domiciliare è dedicata a quei pazienti post-operati per frattura prossimale di femore dimissibili a domicilio e che:

- non rientrano nei criteri di eleggibilità per riabilitazione intensiva o estensiva sopra riportati
- non hanno la possibilità di essere trasportati con i comuni mezzi presso un servizio di riabilitazione ambulatoriale
- necessitano di assistenza da parte di un caregiver, che andrà opportunamente addestrato o necessitano di proseguire riabilitazione a domicilio dopo la conclusione di un percorso riabilitativo intraospedaliero o territoriale (URT).

15. TRANSIZIONE OSPEDALE TERRITORIO

L'assistito ricoverato nel reparto ospedaliero/URT viene segnalato alla Centrale Operativa Territoriale secondo schema sotto riportato in osservanza del Percorso Unico Regionale sulla Dimissione Protetta. Decreto n. 31 del 03 aprile 2023.



**PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE**

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Tabella 12. Modalità di attivazione dei servizi territoriali dai setting ospedalieri

	FASI DEL PERCORSO	OPERATORE COINVOLTO		STRUMENTI DA UTILIZZARE	TEMPISTICA
1	Richiesta di valutazione fisiatrica per setting riabilitativo post-dimissione	Medico della UOC di degenza		Richiesta di consulenza fisiatrica	48-72 ore dopo l'intervento chirurgico o 72 ore pre-dimissione
2	Segnalazione COT-SECC di attivazione valutazione fisiatrica	Infermiere referente per transiti di setting del reparto di degenza		Applicativo informatico	Contestualmente alla richiesta di valutazione fisiatrica
3	Valutazione fisiatrica per eventuale indicazione a dimissione protetta riabilitativa e condivisione con il MAP	Medico Fisiatra		Consulenza fisiatrica e contestuale attivazione dei servizi distrettuali territorialmente competenti	Entro 24 ore dalla richiesta di consulenza
4	Attivazione del fisioterapista referente per competenza territoriale con data indicativa di dimissione	Infermiere referente per transiti di setting del reparto di degenza di Fisiatra (secondo organizzazione interna)		Possibilmente attraverso utilizzo di un applicativo informatico o tramite mail	Contestualmente alla conferma di attivazione del servizio
5	Il fisioterapista domiciliare:	Fisioterapista domiciliare		Applicativo informatico	Entro 5 giorni lavorativi dalla data di dimissione



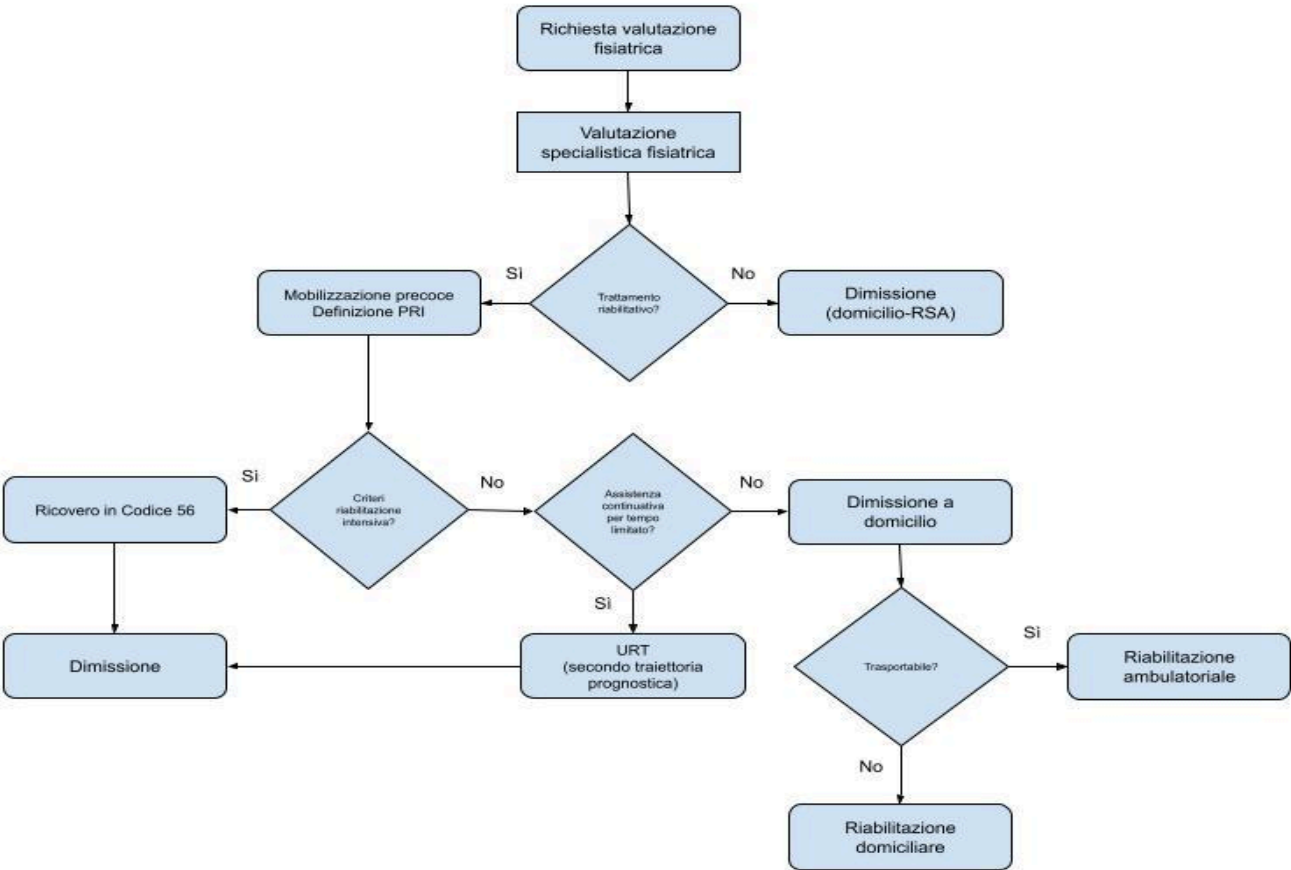
PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

- contatta telefonicamente la famiglia del paziente
- effettua l'accesso a domicilio entro 5 giorni lavorativi
- somministra il trattamento riabilitativo indicato dal medico fisiatra
- compila schede di valutazione e diario integrato ove previsto con applicativo

Qualora non fossero percorribili i setting assistenziali descritti sopra, la dimissione può avere come esito:

- rientro a domicilio con contestuale attivazione/riattivazione di un'assistenza domiciliare integrata secondo PAI (Progetto Assistenziale Integrato) esistente o rivisto
- accoglienza in Ospedale di Comunità secondo traiettoria prognostica
- inasesso in Hospice





PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

16. FOLLOW UP DEL PAZIENTE DA PARTE DEL MAP

Successivamente alla dimissione del paziente, il MAP ha un ruolo fondamentale nella prevenzione delle complicanze. Monitora il paziente per intercettare precocemente segni di complicanze come infezioni, trombosi venosa profonda, o complicazioni respiratorie (in particolare nei pazienti anziani o con comorbidità). Verifica che siano state raccomandate e somministrate le vaccinazioni stagionali (anti-influenzale e anti-SARS-CoV2) e la vaccinazione anti-pneumococcica. In caso di necessità di consulto tra MAP e specialista ospedaliero, si raccomanda di attivare il teleconsulto, tramite la piattaforma regionale di telemedicina, in corso di implementazione.

Si sottolinea inoltre che la lettera di dimissione del paziente è consultabile sul Fascicolo sanitario elettronico, previo consenso all'alimentazione da parte dello stesso.

Monitoraggio del dolore: Il MAP deve gestire la terapia del dolore post-operatorio, monitorando l'efficacia della terapia e adattandola se necessario.

- Valutazione dell'ambiente domestico: Una parte importante del follow-up è quella di suggerire le modifiche volte alla prevenzione delle cadute in ambiente domestico. Il medico può suggerire modifiche a casa, come la rimozione di ostacoli o l'installazione di maniglie per facilitare il movimento (es. togliere i tappeti, indossare calzature idonee etc).

17. RAPPRESENTAZIONE A MATRICE

Tabella 13. Esempio di matrice delle responsabilità e delle attività

Fase	Attività	MAP	Ambulatorio specialistico	Pronto Soccorso	Reparto ospedaliero	Altro servizio territoriale (Dipartimento di prevenzione, distretto...)	Struttura Intermedia
Prevenzione	Prevenzione primaria	R	C	n.a.	n.a.	R	C
Fase acuta	Sospetto diagnostico	R	C	R	C	n.a.	C
	Diagnosi	C	C	R	C	n.a.	C
	Gestione in PS	C	C	R	C	n.a.	n.a.
	Ricovero ospedaliero	C	C	R	R	C	C
	Trattamento (intervento chirurgico)	I	C	R	R	n.a.	n.a.
Dimissione		C	C	R	R	n.a.	C



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Follow up	R	R	C	C	C	C
Riabilitazione	C	R/C	R/C	C	R/C*	R/C*
Prevenzione Terziaria	R	C	C	C	R	C
Palliazione	R	C	C	C	R/C	R/C

Legenda R: Responsabile C: Collaborazione I: informato n.a non applicabile

*** in base al setting post intervento chirurgico**

18. TEMI DA SVILUPPARE NELLA STESURA DEL PPDTA

a. APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza si esplica nella corretta selezione del paziente secondo i criteri di inclusione del PPDTA e della normativa vigente in termini di criteri di accesso ai setting post ospedalieri.

b. COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA E IL CAREGIVER TESTIMONI GEOVA

Come richiamato nel testo si deve porre particolare attenzione alla comunicazione e raccolta consenso rispetto al paziente anziano (favorire presenza parenti in PS)

In particolare, in considerazione della possibilità di ricorso alla trasfusione di emocomponenti durante l'intervento chirurgico, è fondamentale che nella contestualizzazione aziendale del presente PPDTA, siano presenti racconti con le procedure aziendali in vigore.

Inoltre è di fondamentale importanza considerare l'eventuale esistenza di DAT e, il percorso della palliazione e l'eventualità di un approccio alla desistenza terapeutica.

c. SICUREZZA DELLE CURE

In determinate categorie di pazienti affetti da patologie ematologiche quali ad esempio beta talassemie, drepanocitosi, è mandatorio prevedere percorsi aziendali rivolti alla presa in carico anche in regime di emergenza urgenza

Si richiama che nel DM 70/2015, è individuata la soglia minima di 75 interventi chirurgici per frattura di femore per struttura, quale indice di sicurezza.

d. PATIENT EXPERIENCE

La Regione del Veneto aderisce e promuove la partecipazione alle progettualità PREMs e PROMs che rientrano nel "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)", avviato dalla Regione Veneto con la DGR 49/2022.

Tutte le Aziende Sanitarie della Regione Veneto sono coinvolte e prenderanno progressivamente parte agli specifici progetti rientranti nel "Sistema coordinato". La modalità individuata per facilitare la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti, garantendo al tempo stesso la necessaria riservatezza, è quella



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

del questionario on-line.

L'Osservatorio PREMs (Patient Reported Experience Measures), è un'indagine continua sull'esperienza dei pazienti ricoverati in regime ordinario rivolto ai pazienti che hanno avuto un ricovero in ospedale, per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino. L'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti che hanno avuto un episodio di cura presso una delle Aziende Sanitarie del SSSR, per conoscere l'esperienza vissuta dal singolo paziente e dal suo accompagnatore sotto vari punti di vista, dal momento iniziale dell'accesso alla struttura sanitaria, al ricovero, fino a quello finale della dimissione.

I risultati dell'indagine sono oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il sistema sanitario regionale.

L'indagine è continua e permanente, proprio come il processo di crescita dei livelli di qualità dei servizi erogati che vuole stimolare.

La partecipazione è volontaria e coinvolge i pazienti che hanno avuto un ricovero in ospedale e i loro accompagnatori. Gli operatori del reparto, formati su questo, propongono di aderire all'indagine in fase di accesso o dimissione del ricovero: la rilevazione consiste nella compilazione di un questionario on-line che verrà inviato tramite indirizzo mail e/o numero di cellulare nelle 48 ore dopo la dimissione.

e. SANITÀ DIGITALE E TELEMEDICINA

Si ribadisce che la telemedicina svolge un ruolo fondamentale nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, agendo come uno strumento per **estendere le pratiche assistenziali oltre gli spazi fisici abituali** e integrare i servizi tradizionali, è fondamentale l'integrazione a livello locale della telemedicina nella pratica clinica quotidiana di assistenza e follow del paziente con frattura di femore, in quanto essa può fungere da:

1. Supporto alla Continuità Assistenziale e all'Integrazione

La telemedicina facilita la **transizione tra i diversi setting di cura** (ospedale, strutture intermedie e domicilio), garantendo che il percorso del paziente sia coordinato e senza interruzioni.

2. "Sanità di Iniziativa" nella gestione delle cronicità

- **Telecontrollo/Telemonitoraggio:** servizio che consente il rilevamento programmato o continuo di parametri vitali (ad es. per pazienti cardiopatici, diabetici o con patologie respiratorie), permettendo di individuare precocemente eventuali riacutizzazioni e intervenendo a distanza sulla terapia o l'educazione del paziente senza che questo debba spostarsi.
- **Aderenza Terapeutica:** Supporta il controllo del corretto utilizzo dei farmaci e degli stili di vita, migliorando la compliance del paziente al proprio piano di cura anche con il coinvolgimento di altre professioni sanitarie quali farmacisti e dietisti.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

- **Televisita:** se utilizzata per attività di controllo, follow-up e modifica della terapia per pazienti con diagnosi già formulata, essa è in grado di evitare spostamenti non necessari riducendo i costi sociali.
- **Teleconsulto e Teleconsulenza:** Permettono l'interazione a distanza tra medici o tra medici e altri professionisti sanitari con condivisione di dati sanitari per concordare scelte diagnostiche e terapeutiche più appropriate, a vantaggio anche di una gestione multidisciplinare del caso.
- **Teleassistenza:** dove i professionisti sanitari interagiscono a distanza con il paziente per agevolare lo svolgimento di attività assistenziali, educative e preventive a domicilio, anche con il coinvolgimento dei caregiver.
- **Teleriabilitazione:** in cui i servizi riabilitativi vengono erogati a domicilio per pazienti fragili o anziani con il supporto di piattaforme digitali e realtà virtuale.

La Piattaforma Regionale di Telemedicina (PNT) rappresenta l'infrastruttura centrale prevista dal PNRR per armonizzare i servizi sanitari digitali su tutto il territorio nazionale. Essa non sostituisce le piattaforme regionali, ma funge da livello abilitante che garantisce l'interoperabilità, la sicurezza e l'integrazione con i servizi nazionali.

19. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DI IMPATTO

19.1 INDICATORI

STRUTTURA DELL'INDICATORE	
Tipologia dell'indicatore	Struttura
Significato indicatore	Volume di ricoveri per intervento chirurgico per frattura del femore
Fonte Dati	flusso SDO
Criteri di selezione	Protocollo PNE
Valore atteso (target)	> 75 interventi per struttura
Frequenza di rilevazione	Annuale

STRUTTURA DELL'INDICATORE	
Tipologia dell'indicatore	Processo
Significato indicatore	Intervento chirurgico entro quarantotto ore dall' accesso in PS a seguito di frattura del collo del femore nei pazienti di età maggiore di 65 anni
Fonte Dati	flusso SDO
Criteri di selezione	Protocollo PNE
Valore atteso (target)	≥80%
Frequenza di rilevazione	Annuale



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

STRUTTURA DELL'INDICATORE	
Tipologia dell'indicatore	Processo
Significato indicatore	Numero di pazienti con frattura di femore valutati nel percorso Fracture Liaison Service aziendale
Fonte Dati	SDO, specialistica ambulatoriale, flusso farmaceutica
Valore atteso (target)	≥80%
Frequenza di rilevazione	Annuale

STRUTTURA DELL'INDICATORE	
Tipologia dell'indicatore	Esito
Significato indicatore	Numero di ricoveri per frattura del collo del femore in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero.
Fonte Dati	flusso SDO
Criteri di selezione	Protocollo PNE
Frequenza di rilevazione	Annuale

STRUTTURA DELL'INDICATORE	
Tipologia dell'indicatore	Esito
Significato indicatore	Numero di pazienti con nuova frattura da fragilità nei due anni successivi alla frattura di femore
Fonte Dati	SDO, Flusso farmaceutica
Criteri di selezione	Protocollo Servizio Epidemiologico Regionale
Frequenza di rilevazione	Annuale

20. DIFFUSIONE DEL PPDTA

Il presente PPDTA è da applicarsi presso tutte le Strutture ed Enti SSSR.

Per il supporto alla diffusione è stata redatta una versione ridotta rivolta ai pazienti, da integrarsi con le specifiche declinazioni aziendali.

20.1. FORMAZIONE

A livello regionale verrà programmato un evento formativo on-line rivolto agli operatori sanitari. Seguirà a livello aziendale la formazione a seguito della declinazione a livello locale del presente PPDTA.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

20.2 ADOZIONE DEL PPDTA A LIVELLO AZIENDALE E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE

ID	Item	Specifiche	Tempo 0	Entro 3 mesi	Entro 6 mesi dall'istituzione del gruppo	Entro i 9 mesi successivi all'approvazione	Entro 12 mesi	Entro 15 mesi	Entro 18 mesi
0	Approvazione PPDTA regionale	Decreto Regionale	x						
1	Recepimento	Evidenza del recepimento in forma strutturata all'interno dell'Azienda del PPDTA mediante decreto dirigenziale o deliberazione.		x					
2	Nomina del referente del PPDTA o del Gruppo di Lavoro	Evidenza di nomina formale di un referente o di un Gruppo di Lavoro aziendale con responsabilità di contestualizzazione e attuazione del PPDTA.		x					
3	Coinvolgimento Accreditati	Evidenza del coinvolgimento delle strutture private accreditate nel PPDTA.		x					
4	Coinvolgimento Associazioni di Volontariato	Evidenza del coinvolgimento delle associazioni di volontariato.		x					
5	Contestualizzazione	Redazione del PPDTA contestualizzato all'organizzazione aziendale (anche procedure, protocolli, istruzioni operative).			x				
6	Diffusione del documento	Evidenza della diffusione del PPDTA o del documento di recepimento o altro modo di condivisione con gli operatori interessati.			x				
7	Formazione	Evidenza dell'organizzazione di un percorso di formazione strutturato (frontale, FAD o sul campo) riguardante il PPDTA.				x			
8	Monitoraggio	Presenza di un sistema o di un report di monitoraggio degli indicatori presenti nel PPDTA.					x		
9	Audit interni ed esterni	Evidenza dello svolgimento di audit per valutare lo stato di adesione della pratica clinica al PPDTA.					x		
10	Diffusione agli esiti	Evidenza della diffusione e altra forma di condivisione degli esiti del monitoraggio del percorso e dei piani di miglioramento agli operatori.						x	
11	Azioni di miglioramento	Evidenze dell'identificazione e applicazione di azioni di miglioramento nel percorso.							x



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

21. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Documento inter-societario sull'implementazione del servizio di medication review e deprescribing nei vari setting assistenziali
2. Linea guida SIOT "Fratture del femore prossimale nell'anziano" (2022).
3. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization
4. Kenyon-Smith T, Nguyen E, Oberai T, Jarsma R. Early mobilization post-hip fracture surgery. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2019;10: 2151459319826431
5. Agarwal, N, Feng, T, MacLulich, AMJ, Duckworth, A & Clement, N 2024, 'Early mobilisation after hip fracture surgery is associated with improved patient outcomes: a systematic review and meta-analysis', Musculoskeletal Care, vol. 22, no. 1, e1863. <https://doi.org/10.1002/msc.1863>
6. Oldmeadow LB, Edwards ER, Kimmel LA, Kipen E, Robertson VJ, Bailey MJ. No rest for the wounded: early ambulation after hip surgery accelerates recovery. ANZ J Surg. 2006;76(7): 607-611. doi:10.1111/j.1445-2197.2006.03786.x.
7. Siu AL, Penrod JD, Boockvar KS, Koval K, Strauss E, Morrison RS. Early ambulation after hip fracture: effects on function and mortality. Arch Intern Med. 2006;166(7):766-771. doi:10.1001/archinte.166.7.766.
8. Allegato A DGR Veneto n.685 del 18 giugno 2024. Definizione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codice 56, codice 28 e codice 75). Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007 e ss.mm.ii.
9. DGRV n. 2718/2012 e ss.mm.ii
10. Linee Guida NICE 2023, 22 June 2011, last updated January 2023
11. DGR Veneto n. 1563 del 30 dicembre 2024
12. Allegato A al Decreto n. 31 del 03 APR. 2023. Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta.
13. LG SIOT Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 2021;47:101-123; doi: 10.32050/0390-0134-329
14. AAOOS linee guida American Academy of Orthopaedic Surgeon Management of Hip Fractures in Older Adults Evidence Based Clinical Practice Guideline <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/hip-fractures-in-the-elderly/hipfxcp.pdf>
15. De Vincentis A, Behr AU, Bellelli G, Bravi M et al. Orthogeriatric co-management for the care of older subjects with hip fracture: recommendations from an Italian intersociety consensus. Aging Clin Exp Res. 2021 Jul; <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01898-9>
16. Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. Buone Pratiche Cliniche SIAARTI, Oct 2018.
17. Griffiths R, Babu S, Dixon P. Guideline for the management of hip fractures 2020. Anaesthesia 2021, 76, 225-237; doi:10.1111/anae.15291.
18. 2016 SIOMMMS Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis (10.4081/reumatismo.2016.870)
19. 2019 Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. (10.1007/s11739-018-1874-2)
20. 2019 IOF/ESCEO European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. (10.1007/s00223-018-00512-x)
21. 2020 AACE/ACE Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. (10.4158/GL-2020-0524SUPPL)
22. Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, 18 ottobre 2021; Linea guida Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità <https://www.iss.it/-/snlg-fratture-da-fragilita>.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

ALLEGATO 1: Test 4 AT per la valutazione del delirium e del deficit cognitivo



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

Nome del paziente: _____ (etichetta)
Data di nascita: _____
Numero: _____
Data: _____ ora: _____
Valutatore: _____

Cerchiare la risposta corretta

[1] VIGILANZA

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

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

[2] AMT4

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

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

[3] ATTENZIONE

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

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

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

[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE

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

No	0
Si	4

≥4: possibile delirium +/- deficit cognitivo
1-3: possibile deficit cognitivo
0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)

Punteggio 4AT



NOTE PER L'USO

Versione 1.2. Informazioni e download al sito: www.the4AT.com
Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo. Un punteggio ≥4, ancorché non diagnostico, suggerisce la presenza di delirium: una valutazione più dettagliata dello stato mentale è richiesta per ottenere la diagnosi. Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitivo e impone una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale. Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitivo: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contesto clinico. Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione del paziente all'atto della valutazione. L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc). L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione del test e nell'interpretazione dei risultati. **Vigilanza**: un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4. **Cambiamento acuto o decorso fluttuante**: una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium. Per elicitare la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a da qualcosa o qualcuno?"; "Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?" Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

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



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

ALLEGATO 2: VERSIONE DEL PPDTA PER IL PAZIENTE

1. Il Percorso di Cura (PPDTA) della Regione del Veneto

Affrontare una frattura del femore in un paziente con più di 65 anni è un evento che coinvolge non solo la salute dell'anziano, ma l'intero equilibrio familiare. Per questo, la Regione del Veneto ha strutturato un **PPDTA (Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale)**: una "bussola" organizzativa che coordina ogni fase, dal Pronto Soccorso al rientro a casa. In questo percorso, la collaborazione tra medici, infermieri e familiari è l'ingrediente fondamentale per recuperare l'autonomia e prevenire complicanze.

- **Standardizzazione:** Garantire in ogni ospedale del Veneto le migliori cure basate sulle più recenti evidenze scientifiche.
- **Tempestività:** Puntare all'intervento chirurgico entro le 48 ore dall'accesso in Pronto Soccorso per ridurre drasticamente i rischi di mortalità e migliorare il recupero.
- **Continuità delle Cure:** Assicurare un passaggio fluido tra l'ospedale e i servizi territoriali, evitando che il paziente e la famiglia si sentano isolati dopo la dimissione.

Il successo di questo cammino inizia però ben prima dell'emergenza, attraverso una prevenzione attiva che protegge la fragilità dell'osso.

2. La Prevenzione: Proteggere le Ossa e la Sicurezza in Casa

La prevenzione primaria non è solo un consiglio medico, ma una scelta strategica per evitare la disabilità. Investire oggi nella salute dell'osso significa difendere la propria indipendenza di domani.

Il Ruolo del Medico di Assistenza Primaria (MAP) e lo Stile di Vita

Il vostro Medico di Famiglia è il primo alleato nel monitoraggio dell'osteoporosi e dei fattori di rischio. Le azioni chiave includono:

- **Alimentazione e Integrazione:** Garantire un apporto corretto di Calcio e Vitamina D.
- **Attività Fisica:** Esercizi di equilibrio e rinforzo muscolare per contrastare la sedentarietà.
- **Controllo dei Farmaci:** Revisione periodica delle terapie (deprescribing) per evitare farmaci che causano vertigini o instabilità.
- **Protezione Vaccinale:** Fondamentale per la salute generale dell'anziano fragile. Assicuratevi di seguire le campagne per anti-influenzale, anti-SARS-CoV2, anti-pneumococcica e anti-herpes zoster.

Mini-Guida alla Sicurezza Domestica

Rendere la casa un luogo sicuro è fondamentale per prevenire le cadute accidentali:

1. **Eliminare i tappeti:** Sono la prima causa di inciampo; rimuoveteli o fissateli saldamente.
2. **Installare corrimano:** Indispensabili lungo le scale e, soprattutto, in bagno vicino a sanitari e doccia.
3. **Illuminazione:** Utilizzate luci notturne nei percorsi tra camera e bagno.
4. **Calzature sicure:** Usate sempre scarpe chiuse con suola antiscivolo, evitando ciabatte aperte o calze.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65
CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

5. **Ordine nei passaggi:** Liberare i pavimenti da cavi elettrici o piccoli mobili sporgenti.

Se, nonostante la prevenzione, avviene un trauma, il percorso si sposta immediatamente verso la fase acuta ospedaliera.

3. La Fase Acuta: Dall'Emergenza all'Intervento Chirurgico

L'accesso in Pronto Soccorso è una fase "tempo-dipendente": ogni ora conta. La rapidità d'azione è correlata direttamente alla sopravvivenza e alla qualità del recupero.

Il Traguardo delle 48 Ore

L'obiettivo del SSSR (Servizio Socio Sanitario Regionale) è l'intervento chirurgico **entro 48 ore dal triage**. Operare precocemente riduce il rischio di mortalità a un anno del **24%**, limita il dolore e permette di rimettersi in piedi più velocemente.

Cosa succede in Pronto Soccorso?

Fase	Azione Clinica	Obiettivo
Triage	Assegnazione Codice Giallo	Priorità di visita e posizionamento antalgico.
Gestione Dolore	Scale NRS o PAINAID	Misura del dolore (PAINAID è specifica per chi ha difficoltà a comunicare o demenza).
Accertamenti	ECG, RX Bacino, Esami Sangue	Conferma della frattura e valutazione della stabilità clinica.
Preparazione	Digiuno Strategico	Limite di 6 ore per i solidi e solo 2 ore per i liquidi (per ridurre lo stress metabolico).

Il Ruolo del Caregiver e il "Taccuino": In questa fase, il vostro aiuto è prezioso. Fornite ai medici l'elenco dei farmaci assunti tramite il **"Taccuino" del Fascicolo Sanitario Elettronico**. La vostra presenza costante aiuta inoltre a prevenire il **Delirium** (stato confusionale acuto); se notate disorientamento, segnalatelo subito e chiedete l'esecuzione del **test 4AT**.

4. Il Recupero in Ospedale: Riabilitazione e Nutrizione

Il paziente viene preso in carico da un team multidisciplinare (ortopedico, geriatra, fisiatra). L'obiettivo è gestire non solo l'osso, ma l'intera salute dell'anziano.

Mobilizzazione Precoce e Supporto



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

Il mantra è "**muoversi subito**". Entro 24-48 ore dall'operazione, il paziente deve iniziare a muoversi (anche solo sedersi a bordo letto).

- **Chi aiuta?** Oltre al fisioterapista, anche gli **Operatori Socio Sanitari (OSS)** e i familiari, debitamente formati, possono incoraggiare e supportare i piccoli movimenti quotidiani.
- **Nutrizione:** Per favorire la guarigione dei tessuti e dell'osso, è fondamentale un supporto nutrizionale con **integratori ad alto contenuto proteico** subito dopo la chirurgia, contrastando la malnutrizione frequente nell'anziano.

Dove proseguire le cure?

La scelta della destinazione post-ospedaliera dipende dal quadro clinico:

1. **Riabilitazione Intensiva (Codice 56):** Per chi ha bisogno di assistenza medica h24 e può sostenere almeno **3 ore di terapia al giorno**.
2. **Unità Riabilitativa Territoriale (URT):** Per pazienti stabilizzati che necessitano di cure intermedie e riabilitazione estensiva prima di tornare a casa.
3. **Assistenza Domiciliare (ADI):** Per chi rientra a casa e necessita di supporto infermieristico o riabilitativo mirato.

5. Il Ritorno a Casa e il Fracture Liaison Service (FLS)

Tornare a casa non significa la fine delle cure. La "prevenzione secondaria" è fondamentale per evitare che una prima frattura ne causi una seconda.

Il Fracture Liaison Service (FLS)

Il Veneto adotta il modello FLS: un sistema dove il "**Bone Coordinator**" (medico esperto in metabolismo osseo) intercetta precocemente il paziente che ha bisogno della terapia di correzione dell'osteoporosi e delinea il percorso di presa in carico del paziente nel tempo. Verranno prescritti farmaci specifici, in base alle necessità del paziente, essenziali per rendere l'osso di nuovo solido.

Monitoraggio e Telemedicina

Il monitoraggio a lungo termine è garantito dall'integrazione tra il Medico di Famiglia e gli specialisti, anche grazie a strumenti di **Telemedicina**:

- **Teleconsulto:** Tra medici per concordare la terapia migliore.
- **Telemonitoraggio:** Per seguire a distanza i parametri vitali e l'aderenza alle cure.

Glossario Essenziale

- **PPDTA:** Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (la guida del vostro percorso).
- **SSSR:** Servizio Socio Sanitario Regionale (il sistema sanitario del Veneto).
- **MAP:** Medico di Assistenza Primaria (il medico di famiglia).
- **ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata (cure erogate a casa).
- **FLS:** Fracture Liaison Service (servizio dedicato alla salute dell'osso post-frattura).
- **Taccuino:** Sezione del Fascicolo Sanitario dove inserire i propri dati di salute.



PPDTA DEL PAZIENTE DI ETÀ ≥ 65 CON FRATTURA DI FEMORE

Codifica Rev. N.0
luglio 2026

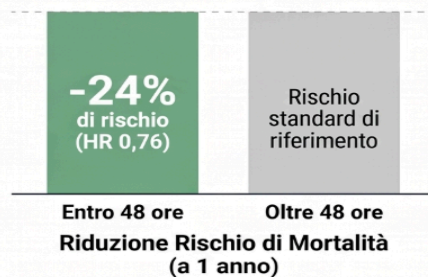
Guida al Percorso di Cura: La Frattura del Femore (≥ 65 anni)

IN OSPEDALE - LA TEMPESTIVITÀ È FONDAMENTALE



L'obiettivo delle 48 ore

L'intervento chirurgico entro 2 giorni dal triage riduce significativamente il rischio di mortalità.



IL RECUPERO - VERSO L'AUTONOMIA E LA SICUREZZA

