



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1224 del 07-08-2024

**OGGETTO: "PERCORSO AZIENDALE FRATTURA PROSSIMALE FEMORE
NELL'ANZIANO: LA FASE PREOPERATORIA" - APPROVAZIONE -**

Il Responsabile dell'Istruttoria

SABRINA DE RENSIS

Il Dirigente

**U.O.C. AFFARI GENERALI
GRAZIA MATARANTE**

IL DIRETTORE GENERALE

DR. GIOVANNI DI SANTO prende in esame, per le determinazioni di competenza, l'argomento di cui in oggetto.

Il responsabile U.O.C. AFFARI GENERALI, GRAZIA MATARANTE, alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla U.O.C. e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria per tutti gli effetti di legge, nonché l'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa resa a mezzo di sottoscrizione della proposta;

VISTO il decreto legislativo n.165 del 30.03.2001 ss.mm.ii., art.4, comma 2 e art.17;

VISTA la legge regionale n.9 del 01.04.2005 di istituzione della A.S.Re.M. regionale e messa in liquidazione delle disciolte AA.SS.LL.;

VISTA la legge regionale n.34 del 26.11.2008 Modifiche alla Legge Regionale 1 aprile 2005,n.9 ;

RICHIAMATA la delibera di Giunta Regionale n.1867 del 26.12.2005, avente ad oggetto la costituzione della nuova A.S.Re.M.;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta Regionale della Regione Molise n. 269 del 08/09/2023, con la quale il dr. Giovanni Di Santo stato designato all'incarico Direttore Generale della A.S.Re.M.;

RICHIAMATO, altresì, il Decreto del Presidente della Giunta della Regionale n. 42 del 13/09/2023 con il quale il dr. Giovanni Di Santo stato nominato Direttore Generale della A.S.Re.M.;

Allegati alla deliberazione: [n.2](#)

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
Allegato 1 - Copia Documento

Premesso che:

le fratture di femore rappresentano per l'anziano un evento traumatico rilevante, sia per le modalità con cui si verificano (incidente domestico, caduta accidentale, trauma ad energia maggiore) sia per le necessità di soccorso e di ricovero ospedaliero, intervento chirurgico, permanenza a letto, riabilitazione, dipendenza dagli altri e l'eventuale istituzionalizzazione;

seppur nella maggior parte dei casi possa esserci un trauma all'origine della frattura del femore, nel paziente over 65 anni spesso si tratta di traumi a bassa energia e talvolta il trauma potrebbe persino non essere identificato: la causa è da imputare ad una fragilità scheletrica secondaria a osteoporosi o altre patologie osteopenizzanti;

nella maggioranza dei casi la frattura di femore nel paziente over 65 comporta, oltre al ricovero per il trattamento chirurgico, un ulteriore ricovero in una struttura di riabilitazione;

il rientro a casa è subordinato all'attivazione di un'adeguata rete di assistenza ed alla riorganizzazione delle abitudini, degli spazi, dei tempi; molto difficilmente, anche dopo la riabilitazione motoria, l'anziano che vive solo sarà in grado di riacquistare una totale autonomia ed avrà necessità di un sostegno idoneo, con notevole aggravio dei costi sanitari e socio-sanitari;

la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario rientra tra gli indicatori previsti per la verifica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA" dell'assistenza ospedaliera;

al fine di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio sanitario nazionale (SSN) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, ha sviluppato il PNE che individua la frattura del collo del femore come condizione dell'area clinica "muscoloscheletrica", tra i cui indicatori si riscontra "frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero";

Richiamati:

il DM 70/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che prevede l'attivazione, tra le reti tempo-dipendenti, della Rete Trauma;

il DCA n. 47 del 28/8/2017, che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", a cui fa riferimento nello specifico il PDTA approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1032 DEL 29/09/2017, avente per oggetto "POS 2015-18 – Programma 11 "Riequilibrio ospedale-territorio" – Intervento 11.2 Rete dell'emergenza e delle Reti tempo dipendenti, AZIONE 11.2.3 – Rete Trauma, Adempimenti: Indicatore: Definizione delle condizioni di centralizzazione primaria e secondaria – Back Transport, Trasferimento verso strutture accreditate regionali o pubbliche extraregionali – Definizione dei PDTA Intra Ospedalieri dallo scenario alla dimissione con definizione di strategie alternative – Approvazione". Tra gli obiettivi perseguiti dalla Rete vi è uno specifico che indica la costruzione di strumenti di integrazione clinico-assistenziale regionale: "assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione operativa fra le diverse fasi (preospedaliera e ospedaliera) con la presa in carico del paziente tramite l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici-riabilitativi condivisi e omogenei su tutto il territorio regionale";

il DCA n. 92 del 20/04/2024 – "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera della rete dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise. Adozione", con il quale la rete ospedaliera del Molise per il trauma è costituita dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso DEA di I livello, CTZ secondo la classificazione del DM 70/2015, Hub della rete. L'Ospedale S. Timoteo di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia, PST - Presidio stabilizzazione Traumi - secondo la classificazione, rappresentano i Centri Spoke della rete. Il P.O. Veneziale è una struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia.

il DCA n 34 del 27/05/2016 con il quale la Regione Molise ha approvato il "PDTA FRATTURA PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: IL PERCORSO PREOPERATORIO", con lo scopo di definire gli aspetti della gestione pre ospedaliera e nel dipartimento di emergenza nel paziente anziano con frattura di femore, in seguito all'analisi delle linee guida e della letteratura di riferimento.

le linee guida della Società italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) "FRATTURE DEL FEMORE PROSSIMALE NELL'ANZIANO" redatte nel 2021 e pubblicate sul portale del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma, 10 gennaio 2021;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale ASReM n. 301 del 27/03/2018, recante ad oggetto "Atto Aziendale

ASReM – Modifiche ed integrazioni”, approvato con Decreto del Commissario *ad acta* R.M. n. 39 dell’11/04/2018; atto aziendale che prevede, tra l’altro, l’implementazione e la promozione delle attività relative al governo clinico avvalendosi dei Responsabili delle strutture di produzione dei servizi sanitari e l’adozione di processi clinici basati sulle evidenze (evidence based medicine), anche attraverso adeguati programmi e percorsi assistenziali;

Visto l’allegato “Percorso aziendale Frattura Proximale Femore nell’Anziano: la fase preoperatoria”, parte integrante e sostanziale del presente atto, redatto dai Referenti delle Strutture SSD Qualità e Governance Clinica, UOVD Recovery Room, SC Anestesia e Rianimazione, UOC Ortopedia, SET-118, U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, e trasmesso, con nota allegata prot. n. 77354 del 16/07/2024, dal Responsabile aziendale della UOSVD “Risk Management”/ UOSD “Qualità e Governance clinica” per l’approvazione a cura della Direzione Aziendale, quale aggiornamento delle indicazioni procedurali di cui al DCA n. 34/2016, relative alla fase preoperatoria nella gestione della frattura di femore dell’anziano e destinato a tutti i professionisti sanitari che a vario titolo intervengono nella presa in carico, nella cura, nell’assistenza e nella riabilitazione del paziente con età >65 anni con frattura di femore nei diversi setting pre-ospedalieri, ospedalieri e territoriali della rete assistenziale e riabilitativa regionale;

Considerato che il Percorso considerato, della validità di cinque anni dalla data di emissione salvo mutate esigenze o nuove necessità organizzative che ne richiedano la modifica sostanziale o la revisione in tempi più brevi, persegue l’obiettivo generale di:

- uniformare i comportamenti dei professionisti che operano presso le strutture aziendali ASReM nella gestione del paziente con FPF, avvicinandoli alle raccomandazioni evidence based;
- qualificare i livelli di assistenza e trattamento, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia;
- creare un alto livello di integrazione tra strutture e professionisti, mediante l’utilizzo di strumenti e linguaggi condivisi attraverso flussi di dati omogenei atti al monitoraggio dei processi e degli esiti;
- promuovere la continuità delle cure garantendo, dopo la fase acuta, la prosecuzione degli interventi riabilitativi atti al ripristino del maggior grado di autonomia funzionale possibile e interventi di prevenzione secondaria atti a ridurre le ricorrenze fratturative;
- garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nei LEA e nel PNE;

in particolare:

- migliorare i tempi di attesa tra chiamata dei soccorsi e arrivo del paziente in Pronto Soccorso (PS);
- ottimizzare i tempi intercorrenti tra l’arrivo del paziente in PS e presa in carico da parte del medico di PS, l’arrivo del paziente in PS e ricovero in reparto di degenza, l’evento traumatico e inizio dell’intervento chirurgico.
- assicurare il controllo del dolore nel pre e post operatorio;
- garantire la mobilizzazione e verticalizzazione precoce del paziente al fine di evitare/ridurre l’insorgenza di deficit di mobilità e l’insorgenza di complicanze tromboemboliche;
- assicurare la prevenzione delle lesioni da pressione;
- ridurre la mortalità a 30 e 180 e 365 giorni dall’intervento;

Ritenuto di realizzare, nel contesto del miglioramento continuo della qualità e sicurezza assistenziale del percorso considerato, l’obiettivo di garantire un modello organizzativo, previsto quale livello essenziale di assistenza, finalizzato ad assicurare appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza alle cure di che trattasi;

PROPONE

Per quanto detto in narrativa:

Approvare l’allegato “Percorso aziendale Frattura Proximale Femore nell’Anziano: la fase preoperatoria”, parte integrante e sostanziale del presente atto, redatto dai Referenti delle Strutture SSD Qualità e Governance Clinica, UOVD Recovery Room, SC Anestesia e Rianimazione, UOC Ortopedia, SET-118, U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, e trasmesso, con nota allegata prot. n. 77354 del 16/07/2024 dal Responsabile aziendale della UOSVD “Risk Management”/ UOSD “Qualità e Governance clinica”.

**Il Direttore ad interim della S.C.
Avv. Grazia Matarante**

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell’istruttoria compiuta dalla U.O.C. nonché della dichiarazione di legittimità tecnica e amministrativa resa dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per quanto di relativa competenza;

DELIBERA

Per quanto detto in narrativa:

Approvare l'allegato "Percorso aziendale Frattura Proximale Femore nell'Anziano: la fase preoperatoria", parte integrante e sostanziale del presente atto, redatto dai Referenti delle Strutture SSD Qualità e Governance Clinica, UOVD Recovery Room, SC Anestesia e Rianimazione, UOC Ortopedia, SET-118, U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, e trasmesso, con nota allegata prot. n. 77354 del 16/07/2024 dal Responsabile aziendale della UOSVD "Risk Management"/ UOSD "Qualità e Governance clinica;

Demandare alle Direzioni Sanitarie di Presidio la vigilanza sulla corretta attuazione del suddetto percorso;

Trasmettere il presente provvedimento:

- Al Commissario ad Acta
- Al Sub Commissario ad Acta
- Alla Direzione Generale per la Salute
- Alle Direzioni Mediche dei Plessi ospedalieri e, per il loro tramite, ai Direttori delle UU.OO. ospedaliere
- Ai Direttori di Distretto
- Alla UOSVD Risk Management/UOSD Qualità e Governance clinica
- Alla SC Integrazione Ospedale e Territorio
- Alla SC 118

Dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE SANITARIO *
DR. BRUNO CARABELLESE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO*
AVV. GRAZIA MATARANTE

IL DIRETTORE GENERALE *
DR. GIOVANNI DI SANTO

* Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
Allegato 1 - Copia Documento



**PERCORSO AZIENDALE
FRATTURA
PROSSIMALE FEMORE
NELL'ANZIANO: LA
FASE PREOPERATORIA**

- SSD Qualità e Governance Clinica
- UOVD Recovery Room
- SC Anestesia e Rianimazione
- UOC Ortopedia
- SET-118
- U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

**PERCORSO AZIENDALE FRATTURA
PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: LA
FASE PREOPERATORIA**

Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Protocollo n
2024	QUINQUENNALE	<ul style="list-style-type: none">• SSD Qualità e Governance Clinica• UOVD Recovery Room• SC Anestesia e Rianimazione• UOC Ortopedia• SET-118• U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza	Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo	

Facendo seguito a quanto previsto dal DCA n 34 del 27/05/2016, l'Azienda con il presente documento ha ritenuto opportuno aggiornare le indicazioni procedurali relative alla fase preoperatoria nella gestione della frattura di femore dell'anziano. Il documento ha validità di cinque anni dalla data di emissione, salvo mutate esigenze o nuove necessità organizzative che ne richiedano la modifica sostanziale o la revisione in tempi più brevi.

La presente procedura si integra con altri documenti aziendali di pari oggetto già deliberati da altre UU.OO./Strutture/Servizi aziendali, ciascuno per quanto di specifica competenza, coinvolte nella gestione delle aree critiche per la sicurezza dei pazienti.

Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

A.S.RE.M.
Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
Allegato 1 - Copia Documento

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Arriwo N. 108195/2024 del 08-08-2024
Allegato 13 - Copia Documento

Atto: DEC.COMSAN 2024/141 del 11-09-2024
Servizio proponente: DS.08 RETE OSPEDALIERA
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

ATTIVITA'	QUALIFICA	FIRMA
REDAZIONE	Dott. Vincenzo Cuzzone Dott.ssa Paola Iuorio Dott. Pancrazio La Floresta Dott.ssa Adriana Ricciardi Dott. Paola Di Rocco Dott.ssa Maria Teresa Pilla Inf. Valentina Minicucci Inf. Federica Petrone	
SUPERVISIONE	Dott.ssa Gabriella Ruzzi SSD Qualità e Governance Clinica	
APPROVAZIONE	Direttore Generale ASReM Dott. Giovanni Di Santo Direttore Sanitario ASReM Dott. Bruno Carabellese Direttore Amministrativo ASReM Dott.ssa Grazia Matarante	

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
 Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
 Allegato 3 - Copia Documento

Atto: DEC.COMSAN/141 del 11-09-2024
 Servizio proponente: DS.08 RETE OSPEDALIERA
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

A.S.RE.M.
 Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
 Allegato 1 - Copia Documento

INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
3. DESTINATARI
4. OBIETTIVI CLINICI - GESTIONALI - ORGANIZZATIVI
5. ORGANIZZAZIONE DELLA FILIERA TRAUMA DELLA RETE EMERGENZA
URGENZA
6. LA FRATTURA DI FEMORE: INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO
7. RIABILITAZIONE PRECOCE POSTOPERATORIA
8. RISULTATI ATTESI ED INDICATORI
9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

1. PREMESSA

Le fratture di femore rappresentano per l'anziano un evento traumatico rilevante, sia per le modalità con cui si verificano (incidente domestico, caduta accidentale, trauma ad energia maggiore) sia per le necessità di soccorso e di ricovero ospedaliero, intervento chirurgico, permanenza a letto, riabilitazione, dipendenza dagli altri e l'eventuale istituzionalizzazione.

Seppur nella maggior parte dei casi possa esserci un trauma all'origine della frattura del femore, nel paziente over 65 anni spesso si tratta di traumi a bassa energia e talvolta il trauma potrebbe persino non essere identificato: la causa è da imputare ad una fragilità scheletrica secondaria a osteoporosi o altre patologie osteopenizzanti.

Nella maggioranza dei casi la frattura di femore nel paziente over 65 comporta, oltre al ricovero per il trattamento chirurgico, un ulteriore ricovero in una struttura di riabilitazione.

Il rientro a casa è subordinato all'attivazione di un'adeguata rete di assistenza ed alla riorganizzazione delle abitudini, degli spazi, dei tempi; molto difficilmente, anche dopo la riabilitazione motoria, l'anziano che vive solo sarà in grado di riacquistare una totale autonomia ed avrà necessità di un sostegno idoneo, con notevole aggravio dei costi sanitari e sociosanitari.

La percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario rientra tra gli indicatori previsti per la verifica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA" dell'assistenza ospedaliera. Nello specifico valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura di femore.

Al fine di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio sanitario nazionale (SSN) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, ha sviluppato il **PNE che** individua la frattura del collo del femore come condizione dell'area clinica "muscoloscheletrica", tra i cui indicatori si riscontra "frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero".

I dati di performance del 2022, indicano, per il Molise, rispetto ai valori nazionali, i seguenti risultati:

Tabella 1, Programma Nazionale Esiti, anno 2022.

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (2022)

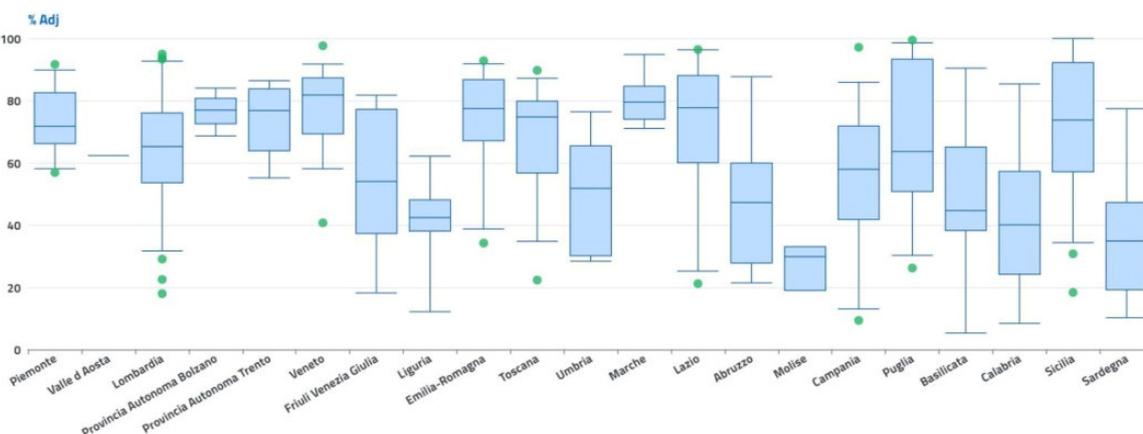


Tabella 2, Programma Nazionale Esiti, anno 2022.

Presidio Ospedaliero A. Cardarelli - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (2022)

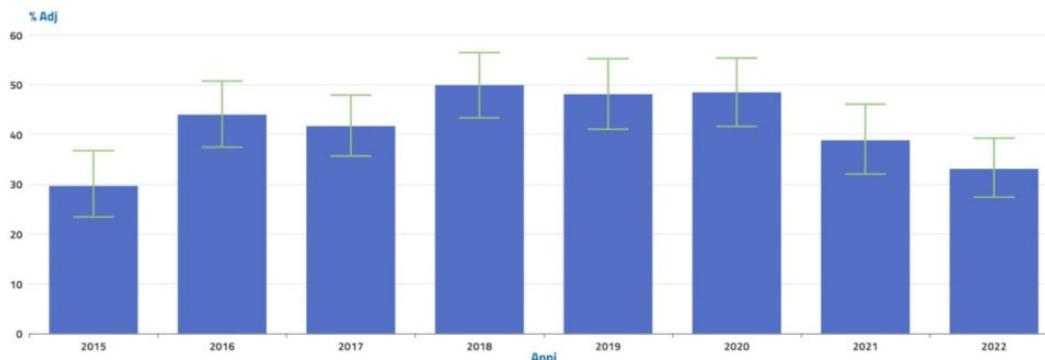


Tabella 3, Programma Nazionale Esiti, anno 2022.

Ospedale Venezia - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (2022)

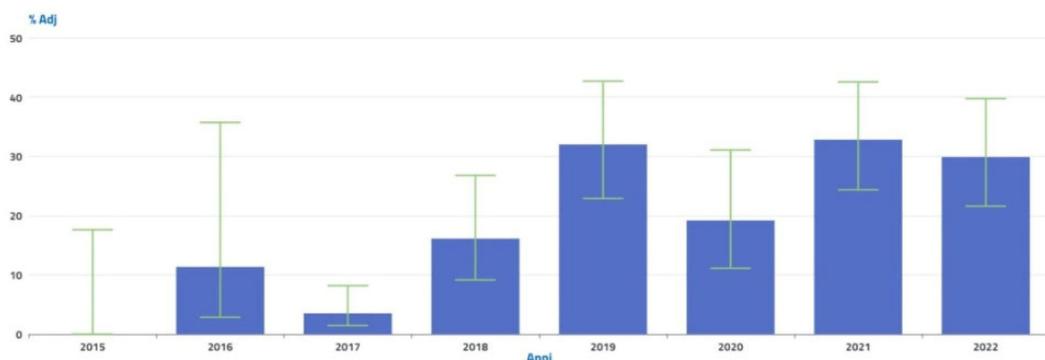
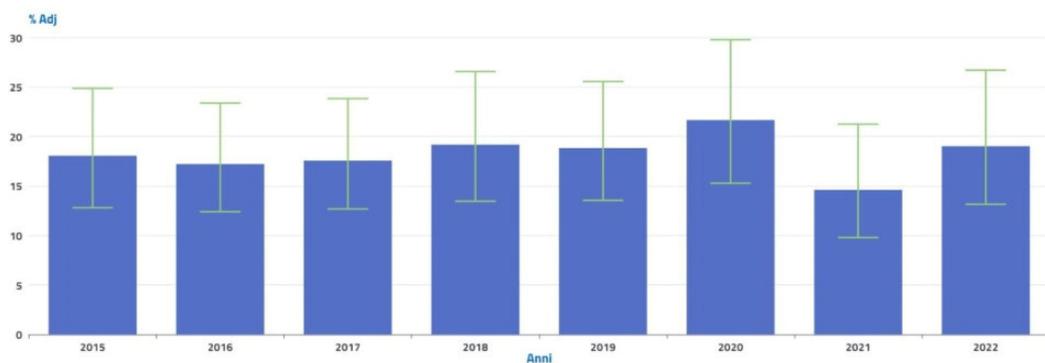


Tabella 4, Programma Nazionale Esiti, anno 2022.

Plesso Ospedaliero S. Timoteo - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (2022)



L'indicazione normativa nazionale di riferimento è il **DM 70/2015**, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", che prevede l'attivazione, tra le reti tempo-dipendenti, della Rete Trauma.

La programmazione regionale della rete per il trauma è contenuta nel DCA n. 47 del 28/8/2017, che ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti", a cui fa riferimento nello specifico il PDTA approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. N. 1032 DEL 29/09/2017, avente per oggetto POS 2015-18 – PROGRAMMA 11 "RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO" – INTERVENTO 11.2 RETE DELL'EMERGENZA E DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI, AZIONE 11.2.3 – RETE TRAUMA, ADEMPIMENTI: INDICATORE: DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA E SECONDARIA – BACK TRASPORT, TRASFERIMENTO VERSO STRUTTURE ACCREDITATE REGIONALI O PUBBLICHE EXTRAREGIONALI – DIFINIZIONE DEI PDTA INTRA OSPEDALIERI DALLO SCENARIO ALLA DIMISSIONE CON DEFINIZIONE DI STRATEGIE ALTERNATIVE – APPROVAZIONE".

Tra gli obiettivi perseguiti dalla Rete vi è uno specifico che indica la costruzione di strumenti di integrazione **clinico-assistenziale regionale: "assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione operativa fra le diverse fasi (preospedaliera e ospedaliera) con la presa in carico del paziente tramite l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici-riabilitativi condivisi e omogenei su tutto il territorio regionale"**.

Con DCA N. 92 del 20/04/2024 – "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera della rete dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise. Adozione", la rete ospedaliera del Molise per il trauma è costituita dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso DEA di I livello, CTZ secondo la classificazione del DM 70/2015, Hub della rete.

L'Ospedale S. Timoteo di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia, PST - Presidio stabilizzazione Traumi - secondo la classificazione, rappresentano i Centri Spoke della rete.

Il P.O. Veneziale è una struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia.

Con il DCA n 34 del 27/05/2016 la Regione Molise ha approvato il "**PDTA FRATTURA PROSSIMALE FEMORE NELL'ANZIANO: IL PERCORSO PREOPERATORIO**", con lo scopo di definire gli aspetti della gestione pre ospedaliera e nel dipartimento di emergenza nel paziente anziano con frattura di femore, in seguito all'analisi delle linee guida e della letteratura di riferimento.

Alla luce delle normative di riferimento l'Azienda ha ritenuto opportuno stilare il presente documento.

Per la stesura dei contenuti sono state considerate le **linee guida della Società italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) "FRATTURE DEL FEMORE PROSSIMALE NELL'ANZIANO"** redatte nel **2021** e pubblicate sul portale del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma, 10 gennaio 2021. Queste ultime, allegate al presente documento, costituiscono la base scientifica sulla quale viene poi declinato il percorso del paziente con frattura di femore.

A.S.RE.M.
Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
Allegato 1 - Copia Documento

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
Allegato 3 - Copia Documento

Atto: DEC.COMSAN/141 del 11-09-2024
Servizio proponente: DS.08 RETE OSPEDALIERA
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L'obiettivo generale che il presente documento intende perseguire, è quello di:

- uniformare i comportamenti dei professionisti che operano presso le strutture aziendali ASReM nella gestione del paziente con FPF, avvicinandoli alle raccomandazioni evidence based;
- qualificare i livelli di assistenza e trattamento, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia;
- creare un alto livello di integrazione tra strutture e professionisti, mediante l'utilizzo di strumenti e linguaggi condivisi attraverso flussi di dati omogenei atti al monitoraggio dei processi e degli esiti;
- promuovere la continuità delle cure garantendo, dopo la fase acuta, la prosecuzione degli interventi riabilitativi atti al ripristino del maggior grado di autonomia funzionale possibile e interventi di prevenzione secondaria atti a ridurre le ricorrenze fratturative;
- garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nei LEA e nel PNE.

3. DESTINATARI

I destinatari del presente documento sono tutti i professionisti sanitari che a vario titolo intervengono nella presa in carico, nella cura, nell'assistenza e nella riabilitazione del **PAZIENTE CON ETÀ >65 ANNI CON FRATTURA DI FEMORE** nei diversi setting pre-ospedalieri, ospedalieri e territoriali della rete assistenziale e riabilitativa regionale.

4. OBIETTIVI CLINICI - GESTIONALI - ORGANIZZATIVI

Tempi di presa in carico e di intervento:

- migliorare i tempi di attesa tra chiamata dei soccorsi e arrivo del paziente in Pronto Soccorso (PS);
- ottimizzare i tempi intercorrenti tra l'arrivo del paziente in PS e presa in carico da parte del medico di PS, l'arrivo del paziente in PS e ricovero in reparto di degenza, l'evento traumatico e inizio dell'intervento chirurgico.

Outcomes clinico assistenziali:

- assicurare il controllo del dolore nel pre e post operatorio;
- garantire la mobilitazione e verticalizzazione precoce del paziente al fine di evitare/ridurre l'insorgenza di deficit di mobilità e l'insorgenza di complicanze tromboemboliche;
- assicurare la prevenzione delle lesioni da pressione;
- riduzione della mortalità a 30 e 180 e 365 giorni dall'intervento.

5. ORGANIZZAZIONE DELLA FILIERA TRAUMA NELLA FRATTURA DI FEMORE DELLA RETE EMERGENZA URGENZA

Si può chiaramente comprendere che la frattura del femore assume un importante valore organizzativo e strategico, non solo al fine di assicurare ai cittadini le migliori cure e la migliore assistenza, ma anche per l'efficiente funzionamento del SSN. Trattandosi di patologia a larghissima diffusione, è fondamentale che i percorsi di cura dei pazienti siano orientati a ridurre la centralizzazione ai soli casi strettamente necessari, con l'obiettivo di non congestionare i centri Hub con casistica trattabile presso le strutture Spoke e preservando così la loro capacità responsiva agli eventuali traumi maggiori. Nella disciplina dell'organizzazione della patologia traumatica sono state identificate tre fasi fondamentali:

- fase preospedaliera: soccorso territoriale;
- fase ospedaliera: diagnosi, trattamento e riabilitazione;
- fase post-ospedaliera: riabilitazione.

6. LA FRATTURA DI FEMORE: INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO

La tempestività nel trattamento della frattura del collo del femore tramite intervento chirurgico, risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità. La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili, infatti, raccomanda l'intervento chirurgico entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore a seconda del Case Mix, posto che l'aumento del tempo di attesa preoperatoria è correlato con l'aumento dell'insorgenza di complicanze e soprattutto della mortalità a medio termine (180 giorni).

La diagnosi delle fratture di femore parte dalla clinica e dai dati anamnestici prossimi del paziente (tipo di trauma). Il sospetto diagnostico richiede conferma con esami strumentali, in primis una radiografia di bacino- anca nelle proiezioni AP e assiale. Davanti a immagini radiografiche dubbie, è necessario un approfondimento diagnostico con RM (se possibile esecuzione in urgenza) o TC. Il trattamento è quasi esclusivamente di tipo chirurgico (osteosintesi o protesizzazione), poiché permette non solo di ridurre il dolore causato dalla frattura, ma anche il rischio di insorgenza di complicanze.

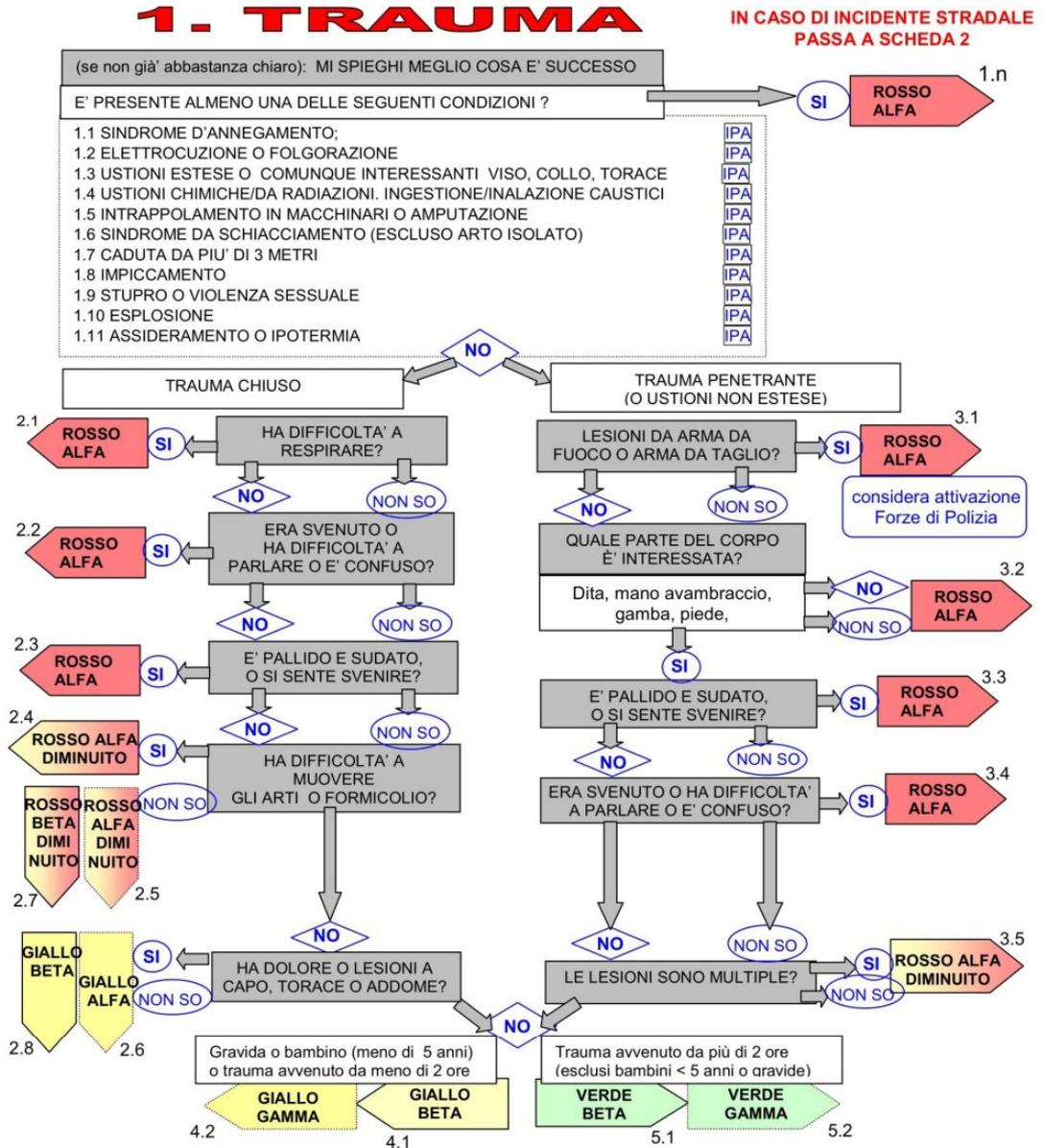
FASE PRE-OSPEDALIERA

Il processo ha inizio con la chiamata al 118, che può avvenire ad opera del paziente stesso, di astanti o in taluni casi anche dal MMG. La Centrale Operativa prende in carico la chiamata di soccorso assegnando un codice di gravità e l'invio del/dei mezzo/i di soccorso territoriale più adeguato/i per l'eventuale stabilizzazione e il successivo trasporto presso la struttura ospedaliera più adeguata al proseguo delle cure.

Tabella 5: Matrice delle attività e delle responsabilità fase preospedaliera.

ATTIVITA'	PROFESSIONISTI	SETTING	TIMING
Ricezione e gestione della chiamata di soccorso <ul style="list-style-type: none"> Processare la richiesta tramite Dispatch Inviare mezzo di soccorso Fornire indicazioni specifiche al chiamante al fine di facilitare l'identificazione del luogo di soccorso da parte dell'equipe sanitaria Somministrare al chiamante le domande previste dal Dispatch in caso di sospetta frattura di femore e raccogliere informazioni inerenti lo stato clinico 	Infermiere	SET (servizio di emergenza territoriale)	
Arrivo sul target <ul style="list-style-type: none"> Valutazione primaria delle condizioni cliniche e rilevare i PV secondo protocollo ABCD Valutare la presenza ed intensità di dolore e necessità di eventuale analgesia Procedere a valutazione secondaria al fine di valutare sede e caratteristiche dell'area traumatizzata per confermare o non il sospetto di frattura del femore 	Infermiere, Soccorritori, Medico (del mezzo di soccorso intervenuto)	Mezzo di soccorso sanitario (ambulanza e/o automedica)	All'arrivo sul target
Trasporto in ospedale <ul style="list-style-type: none"> Ospedalizzare il pz nella struttura definita 	Infermiere e soccorritori del mezzo di soccorso	Mezzo di soccorso sanitario (ambulanza)	

Figura 1: scheda di valutazione Dispatch SET 118 – TRAUMA.



REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
 Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
 Allegato 3 - Copia Documento

A.S.RE.M.
 Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
 Allegato 1 - Copia Documento

Atto: DEC.COMSAN 2024/141 del 11-09-2024
 Servizio proponente: DS.08 RETE OSPEDALIERA
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

FASE OSPEDALIERA

Questa fase ha inizio con l'accesso del paziente nel PS ed è finalizzata all'accoglimento, la diagnosi, il trattamento e all'inizio della riabilitazione che deve iniziare in fase ospedaliera. IL PAZIENTE >65 ANNI CON SOSPETTA FRATTURA DI FEMORE DEVE RICEVERE IN TRIAGE IL **CODICE DI PRIORITÀ AZZURRO** ("urgenza differibile, condizione stabile con sofferenza, che richiede approfondimenti diagnostici e visite complesse, accesso alle aree di trattamento entro 60 minuti")/**ARANCIONE** ("urgenza indifferibile, rischio di compromissione delle funzioni vitali, sofferenza, accesso alle aree di trattamento entro 15 minuti") e deve essere inviato tempestivamente agli accertamenti necessari per la conferma diagnostica. È indicata la richiesta di radiogrammi di anca sia in proiezione AP che assiale.

In caso di sospetta frattura del femore prossimale non evidenziata sui radiogrammi in proiezione AP e assiale di qualità adeguata l'esame consigliato è la TC a meno che non sia disponibile (e non controindicata) una RM in tempi brevi.

I pazienti con frattura del femore dovrebbero essere trattati chirurgicamente in tempi brevi al fine di ridurre la durata dell'ospedalizzazione e ridurre i rischi di complicanze legati all'allettamento. **Il tempo di attesa preoperatorio è un indicatore dell'evoluzione clinica del paziente e costituisce di fatto la sfida principale per la struttura sanitaria, giacché implica il coordinamento tra PS, servizi di ortopedia, traumatologia e anestesia.** La valutazione preoperatoria del paziente deve essere tempestiva, **MULTIDISCIPLINARE** e finalizzata al rapido inquadramento clinico, alla rapida stabilizzazione del paziente qualora necessario e alla programmazione del percorso terapeutico. In caso di pazienti con anamnesi cardiologica positiva, è necessario effettuare valutazione cardiologica immediata, così da poter meglio definire la classe ASA del paziente.

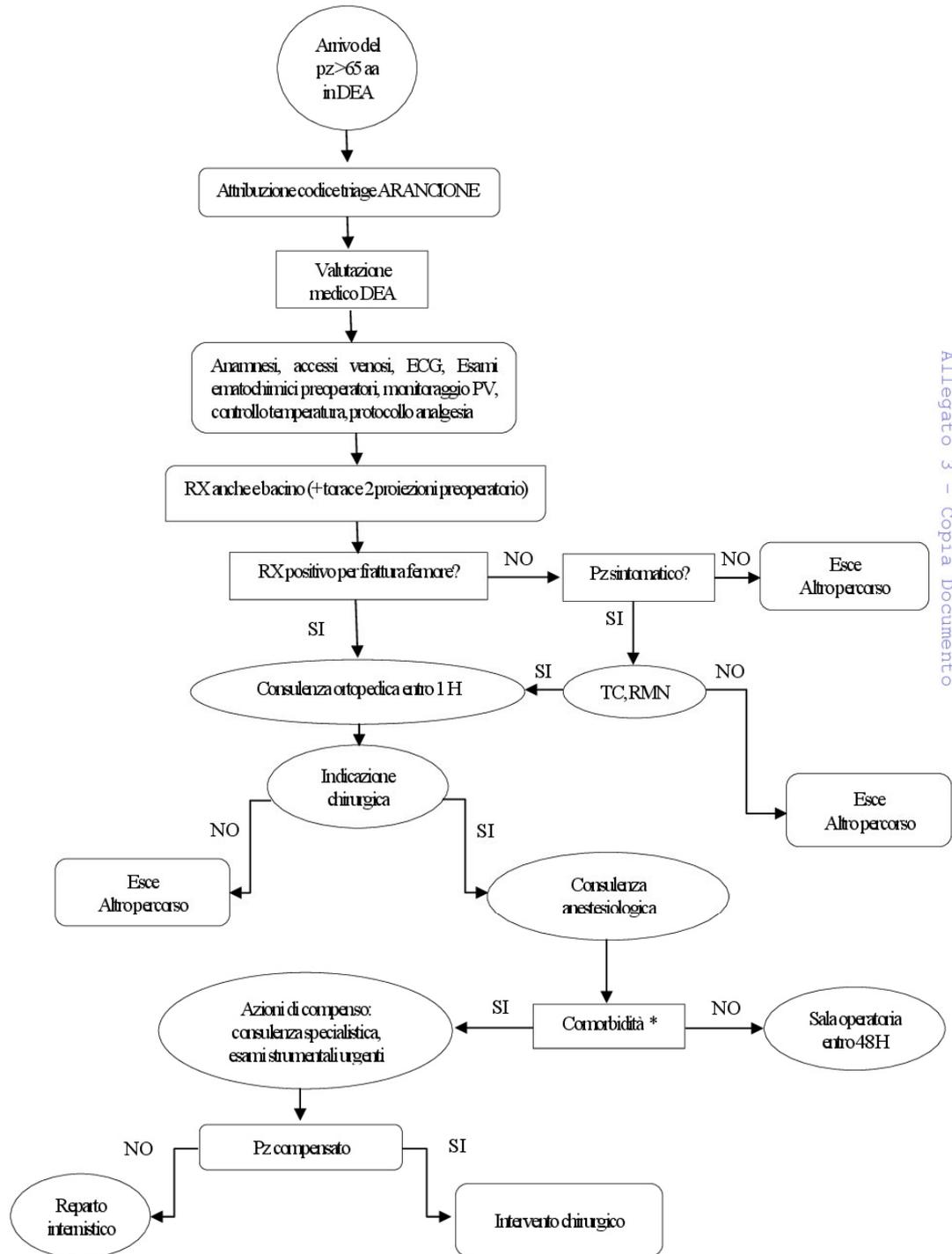
Un **controllo efficace del dolore** è fattore determinante nella gestione di questi pazienti e, dal punto di vista antalgico, l'intervento chirurgico costituisce la forma di trattamento più efficace e garantisce la possibilità di una mobilizzazione e riabilitazione precoce.

Qualora il paziente con frattura di femore non possa essere tempestivamente ricoverato e non possa ricevere il trattamento chirurgico entro le 48 ore è possibile prevedere il suo trasferimento presso un'altra struttura di riferimento.

In alternativa, qualora il paziente anziano con frattura del femore non possa essere trasferito (ad esempio per condizioni cliniche o socio-assistenziali), può essere previsto il trasferimento presso gli ospedali di altri pazienti in attesa di intervento per patologia traumatica minore per garantire alle fratture di femore l'accesso alle cure chirurgiche nei tempi appropriati.

Il reparto di degenza che normalmente accoglie il paziente con frattura del femore è quello di Ortopedia e Traumatologia. Qualora il paziente presenti contestuale acuzie di patologie internistiche ostative all'operabilità, potrà essere ricoverato in ambiente internistico fino a stabilizzazione del quadro clinico e, successivamente, se permane indicazione al trattamento chirurgico, dovrà essere preso in carico dall'Ortopedia nei tempi più rapidi possibili. Dopo il ricovero in reparto ortopedico il paziente deve essere avviato ad una valutazione clinica atta alla programmazione dell'intervento chirurgico.

Figura 2: Flow Chart della fase ospedaliera: DEA/Ortopedia – Traumatologia per la frattura prossimale di femore nei pz >65 anni.



REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
 Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
 Allegato 3 - Copia Documento

A.S.RE.M.
 Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
 Allegato 1 - Copia Documento

Atto: DEC.COMSAN 2024/141 del 11-09-2024
 Servizio proponente: DS.08 RETE OSPEDALIERA
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

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

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

Per una migliore programmazione del timing chirurgico è necessario che l'anestesista effettui una valutazione tempestiva del paziente (entro le 24 ore dall'arrivo in PS) e definisca la classe ASA già in PS.

Nei casi in cui l'opportunità di un ricovero in un reparto chirurgico e l'indicazione all'intervento risulti dubbia a causa dello stato generale del paziente, anche al fine di poter valutare correttamente il rapporto rischio/beneficio di un'eventuale chirurgia e alla luce di questa valutazione indirizzare il paziente nel setting assistenziale più appropriato evitando ricoveri impropri, una valutazione anestesiológica a tal fine può essere eseguita in PS. L'anestesista durante la visita preoperatoria dovrebbe valutare e comunicare al paziente e ai chirurghi il rischio perioperatorio e la pianificazione della tecnica anestesiológica, che deve tenere in considerazione sia le comorbidità del paziente, sia le terapie farmacologiche in atto. Talvolta il rischio associato all'anestesia può essere talmente elevato da sconsigliare l'intervento chirurgico.

La scelta anestesiológica deve tener conto delle esigenze individuali del paziente, allo scopo di ridurre l'incidenza di delirium e facilitare il recupero postoperatorio. La Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha individuato delle comorbidità e delle condizioni del paziente correggibili e delle condizioni non correggibili. L'intervento chirurgico potrebbe infatti dover essere procrastinato dopo le 24 -48 ore qualora fossero presenti alcune condizioni che necessitano di correzione preoperatoria, come gravi alterazioni elettrolitiche o anemizzazione severa del paziente.

*Tabella 6: Condizioni cliniche per cui è appropriato ritardare l'intervento chirurgico oltre le 48h nei pazienti con frattura prossimale di femore >65 anni.

Motivi accettabili per ritardare la chirurgia	Motivi inaccettabili
Valori di Hb < 8 g/dL	Mancanza di strutture o disponibilità in SO
Sodiemia 150 mmol/L	Attesa di ecocardiografia
Potassiemia 6 mmol/L	Indisponibilità di competenze chirurgiche
Diabete scompensato	Alterazioni elettrolitiche minori
Scompenso cardiaco acuto	
Aritmia cardiaca correggibile con FC>120 bpm	
Infezione polmonare con sepsi	

Fonte: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI).

Per quando riguarda la gestione perioperatoria dei farmaci, particolare attenzione deve essere posta ai farmaci antiaggreganti e anticoagulanti soprattutto per quanto riguarda la scelta del tipo di anestesia. Si rimanda a quanto schematizzato nelle Buone Pratiche Cliniche “La gestione anestesiológica della frattura del femore nel paziente anziano” della SIAARTI per i criteri di operabilità e di esecuzione di anestesia neuroassiale.

Tabella 7: criteri di operabilità e di esecuzione di anestesia neuroassiale- "Gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano", linee guida SIAARTI.

FARMACO	OPERABILITA'	ANESTESIA NEUROASSIALE
Warfarin	Operabile con inr < 2. Se INR > 1,5, consigliabile somministrazione di 1-3 mg di vitamina K EV PCC indicato nel caso non riesca ad ottenere INR < 1,5 dopo reverse con vitamina K	INR < 1,5
Anti-fattore X (rivaroxaban, apixaban, edoxaban)	Dopo 12-48 H dall'ultima dose	Dopo 24-72 H, → attendere 40-72 H, se dosaggi maggiori, Creatinina > 1,5 mg/dl, età > 80 anni, peso < 60 kg
Anti-fattore II (dabigatran)	Dopo 12-48 H dall'ultima dose considerare idarucizumab (Praxbind) 5g EV come reverse rapido	Incompatibile con chirurgia < 48 H o solo dopo Praxbind; Se CrCl ≥ 80 ml/min attendere 72 H Se 50 < CrCl < 79 → 96 H, Se 30 < CrCl < 49 → 120 H, Se CrCl < 30 sconsigliato
Cardioaspirina	Non controindicato	Non controindicato
Antiaggreganti (clopidogrel, ticlopidina, prasugrel e ticagrelor)	Non ritardare l'intervento Monitorare il sanguinamento	Incompatibile con chirurgia < 48 H Considerare AG + blocco periferico (sempre in caso di DAPT)
LMWH a dose profilattica	Ultima dose 12 H prima	Dopo 12 H
LMWH a dose terapeutica	Ultima dose 24 H prima	Dopo 24 H
UFHs (eparine non frazionate)	Sospendere infusione 2-4 H prima dell'intervento	Dopo 4 H

A.S.RE.M.
Protocollo Interno N. 77354/2024 del 16-07-2024
Allegato 1 - Copia Documento

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Arrivo N. 108195/2024 del 08-08-2024
Allegato 3 - Copia Documento

Tabella 8: Matrice delle attività e delle responsabilità fase ospedaliera (DEA).

ATTIVITA'	PROFESSIONISTI	SETTING	TIMING
Accoglimento e presa in carico del paziente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effettuazione triage ▪ valutazione del paziente, rilevazione parametri vitali: PA, SpO2, ▪ valutazione presenza e intensità del dolore ▪ esecuzione esami ematochimici pre-operatori (BNP e Troponina se storia di cardiopatia) ▪ effettuazione ECG 12 derivazioni (ev invio telematico del referto) 	Infermiere Triage	PS/DEA	Tempi previsti da triage
Valutazione clinica e anamnestica del paziente, con particolare riguardo a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ valutazione presenza e intensità del dolore ▪ documentazione progressi ricoveri ▪ farmaci assunti ▪ allergie ▪ patologie pregresse ▪ pregresse fratture da fragilità ▪ richiesta esami ematochimici, radiologici e valutazione referti ▪ richiesta valutazione Ortopedica 	Medico DEA	PS/DEA	
Valutazioni diagnostiche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzioni indagini RX ▪ Refertazione indagini diagnostiche radiologiche 	Tecnico di Radiologia Medico Radiologo	SO Radiologia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzione consulenza ortopedica ▪ Richiedere ev. approfondimenti diagnostici supplementari se necessario 	Medico Ortopedico	Ambulatorio/PS ortopedico/SO Ortopedia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Se diagnosi di frattura chiudere il caso con ricovero presso degenza chirurgica ortopedica</i> ▪ <i>Valutare se richiedere valutazione anestesiologicala prima del ricovero in ortopedia</i> 	Medico	PS/DEA	
Valutazione anestesiologicala del paziente <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Effettuazione valutazione anestesiologicala: quantificazione del rischio d'intervento, programmazione di ipotetica data per intervento programmato</i> 	Anestesista	Area emergenza	

Tabella 9: Matrice delle attività e delle responsabilità fase ospedaliera (Ortopedia/Traumatologia).

ATTIVITA'	PROFESSIONISTI	SETTING	TIMING
Accoglimento e presa in carico assistenziale del paziente <ul style="list-style-type: none"> Valutazione e presa in carico assistenziale del paziente in reparto ortopedico Intervista e <i>assessment</i> del paziente, compilazione della documentazione in uso Rilevazione parametri vitali e valutazione del dolore (presenza e intensità) Pianificazione assistenziale e monitoraggio paziente 	Infermiere + equipe assistenziale	Ortopedia/ Traumatologia	All'arrivo del paziente
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica e anamnestica del paziente richiesta approfondimenti diagnostica del caso <ul style="list-style-type: none"> richiesta di valutazione anestesiológica richiesta consulenza internistica/geriatrica compilazione foglio unico di terapia (FUT) programmazione intervento chirurgico 	Medico	Ortopedia/ Traumatologia	All'arrivo del paziente
<ul style="list-style-type: none"> Preparazione del paziente all'intervento Acquisizione consenso informato 	Infermiere Medico	Ortopedia/ Traumatologia	Almeno 2 ore prima dell'intervento
<ul style="list-style-type: none"> Trasporto/Accompagnamento del paziente in SO 	Personale di supporto	Ortopedia/ Traumatologia	
Preparazione del paziente e effettuazione intervento chirurgico <ul style="list-style-type: none"> Preparazione del paziente all'intervento chirurgico Esecuzione intervento chirurgico, monitoraggio del paziente, compilazione documentazione: <i>l'intervento deve essere programmato in sale operatorie ordinarie dedicate alla traumatologia preferibilmente nelle ore diurne, disponibili anche nei fine settimana e festivi</i> Risveglio paziente e valutazione condizioni cliniche 	Equipe di S.O.	Sala Operatoria	Entro 24-48 ore dal ricovero
<ul style="list-style-type: none"> Riaffidamento del paziente al personale di reparto Accoglimento del paziente in reparto, valutazione clinico-assistenziale, pianificazione attività e monitoraggio condizioni cliniche Fornire al paziente indicazioni post-operatorie ed eventuale concessione del carico: <i>il chirurgo formalizza le indicazioni per la mobilizzazione ed il nulla osta alla verticalizzazione e concessione del carico</i> 	Equipe Ortopedia	Ortopedia	
<ul style="list-style-type: none"> Prescrizione, effettuazione controllo radiografico post-operatorio e refertazione 	Ortopedico Tecnico di Radiologia e Medico Radiologo	Ortopedia Radiologia	24 ore dall'intervento
<ul style="list-style-type: none"> Prescrizione e effettuazione consulenza fisiatrica 	Ortopedico Fisiatra	Ortopedia	Entro 24 ore dall'intervento
Presenza in carico riabilitativa <ul style="list-style-type: none"> Valutazione fisiatrica e pianificazione attività: <i>deve essere garantita una seduta quotidiana di mobilizzazione e fisioterapia</i> 	Fisioterapista	Ortopedia	Entro 24 ore dall'intervento
Dimissione paziente e presa in carico territoriale			

7. RIABILITAZIONE PRECOCE POSTOPERATORIA

Il recupero della mobilità dopo un intervento per frattura del femore prossimale è finalizzato a ripristinare il miglior livello funzionale possibile. Tale ambito sarà oggetto di valutazione aziendale, per la definizione di percorsi dedicati.

Le Buone Pratiche Cliniche SIAARTI raccomandano che nei pazienti con FFP, generalmente anziani e fragili, tutta la gestione postoperatoria sia impostata per favorire una riabilitazione precoce.

8. RISULTATI ATTESI ED INDICATORI

Risultati attesi:

- Percentuale delle fratture prossimali di femore nei pazienti >65 anni operate entro 48H/ fratture prossimali di femore nei pazienti triagiati >65 anni operate oltre le 48H;
- Riduzione della mortalità entro 30 giorni dall'intervento;
- Diminuzione dell'insorgenza di infezioni nosocomiali;
- Riduzione dei tempi intercorrenti dall'evento all'intervento chirurgico nei pazienti con frattura del femore over 65 anni;
- Riduzione dell'insorgenza di lesioni da pressione;
- Riduzione insorgenza trombosi venosa profonda.

Gli elementi di valutazione in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati sono quelli previsti dal PNE.

Inoltre, vengono di seguito individuati gli indicatori desumibili dai flussi informativi correnti e da flussi ad hoc, che possono essere utilizzati sia a livello regionale che a livello aziendale per la costruzione di specifici indicatori.

Alcuni di questi possono anche essere utilizzati per attivare cicli di audit clinico.

- N.° richieste intervento urgente al 118 per trauma anca/bacino
- Trattamento preospedaliero del dolore
- Tempo di permanenza in PS
- Iter completati in PS
- Esecuzione della profilassi tromboembolica in PS
- Trattamento del dolore in PS
- Giorni di degenza preoperatoria
- Giorni di degenza post operatoria
- Interventi nelle 48 ore (stratificati per comorbidità)
- N° complicazioni settiche
- Mortalità intraospedaliera
- Visita fisiatrica nelle 48 ore successive all'intervento
- Insorgenza di lesioni da pressione durante il ricovero
- Riammissione
- Numero di re-interventi

9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

1. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'Anziano con Frattura di Femore Aress - Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, Ente Strumentale della Regione Piemonte
2. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini rev. 00 del 2019
3. Voeten, S. C., Krijnen, P., Voeten, D. M., Hegeman, J. H., Wouters, M. W. J. M., & Schipper, I. B. (2018). Quality indicators for hip fracture care, a systematic review. *Osteoporosis International*, 29(9), 1963–1985. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4558-x>
4. Gimigliano, F., Liguori, S., Moretti, A., Toro, G., Rauch, A., Negrini, S., other members of the Technical Working Group, Curci, C., Patrini, M., Peschi, L., Pournajaf, S., Sgarbanti, M., & Iolascon, G. (2020). Systematic review of clinical practice guidelines for adults with fractures: identification of best evidence for rehabilitation to develop the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. *Journal of orthopaedics and traumatology : official journal of the Italian Society of Orthopaedics and Traumatology*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s10195-020-00560-w>
5. Wendt, K., Heim, D., Josten, C., Kdolsky, R., Oestern, H. J., Palm, H., Sintenie, J. B., Komadina, R., & Copuroglu, C. (2016). Recommendations on hip fractures. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*, 42(4), 425–431. <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0684-3>
6. Morrison S, L Siu A, Hip fracture in adults: Epidemiology and medical management, Literature review current through: May 2023, last updated: Dec 10, 2021, www.upToDate.com
7. Maher, S., Moore, Z., Avsar, P., & Patton, D. (2021). What is the impact of a fast-track pathway on length of stay for adult patients with a hip fracture? A systematic review. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 142(12), 3803–3816. <https://doi.org/10.1007/s00402-021-04248-6>
8. Mathew, S. Evidence Summary. Patient Care: Critical Pathways. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-2400-1. For details on the method for development see Munn Z, Lockwood C, Moola S. The development and use of evidence summaries for point of care information systems: A streamlined rapid review approach. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(3):131-8.
9. JBI. Recommended Practice. Hip Fracture (Older People): Management. The JBI EBP Database. 2021; JBI-RP4371-2. For details on the method for development see Munn Z, Lockwood C, Moola S. The development and use of evidence summaries for point of care information systems: A streamlined rapid review approach. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(3):131-8.
10. Bellman, S. Evidence Summary. Hip Fracture in Older Adults: Multidisciplinary Care. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-5031-1. For details on the method for development see Munn Z, Lockwood C, Moola S. The development and use of evidence summaries for point of care information systems: A streamlined rapid review approach. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(3):131-8.
11. <https://siot.it/wp-content/uploads/2021/01/LG-380-SIOT-Fratture-Femore-anziano-1.pdf>
12. Hip fracture: management - Clinical guideline Published: 22 June 2011 National Institute for Health and Care Excellence NICE www.nice.org.uk/guidance/cg124