

PDTA – Fratture di Femore



L. MASSARI
T. TOMMASIN



FRATTURE DA FRAGILITA': DIAGNOSI, TERAPIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Sabato 12 settembre 2026

**Aula magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara**

Il Segretario
Dott. M. Vason

Il Presidente
Dott. R. Zoppellari



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



**Università
degli Studi
di Ferrara**

◆ AI Overview

Un **PDTA** (Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) è uno strumento di governo clinico che adatta le linee guida scientifiche al contesto locale per definire le fasi, i tempi e le figure professionali coinvolte nella gestione di una specifica patologia.

Obiettivi del Percorso

- **Uniformare le cure:** Ridurre la variabilità clinica e garantire trattamenti equi su tutto il territorio.
- **Integrare i servizi:** Collegare le attività tra ospedale e territorio (medici di base, specialisti, infermieri).
- **Monitorare i risultati:** Misurare l'efficacia del percorso tramite indicatori di qualità e tempi di attesa.

Linea Guida SIOT

FRATTURE DEL FEMORE PROSSIMALE NELL'ANZIANO

2021

In collaborazione con

AIFI – Associazione Italiana Fisioterapia

AITOG - Associazione Italiana di Traumatologia e Ortopedia Geriatrica

AO Trauma Italy

CIO – Club Italiano Osteosintesi

FFN – Fragility Fracture Network

FNOPI - Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche

GIOG-SIGG - Gruppo Italiano di Ortogeriatrica - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

GISOOS - Gruppo Italiano di Studio in Ortopedia dell'Osteoporosi Severa

GLOBE – Gruppo di Lavoro Ortopedia Basata sulle prove di Efficacia

OrtoMed - Società Italiana di Ortopedia, Medicina e delle Malattie Rare dello Scheletro

OTODI – Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri d'Italia

SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

SICOOP – Società Italiana Chirurghi Ortopedici Ospedalità Privata

SICOST - Società Italiana di Chirurgia dell'Osteoporosi

SIdA – Società Italiana dell'Anca

SIMFER - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa

SIMG – Società Italiana di Medicina Generale

SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

Raccomandazioni

- Si raccomanda di sottoporre ad intervento chirurgico i pazienti con frattura del femore nel più breve tempo possibile, ovvero il giorno dell'arrivo in ospedale (entro 24 ore dall'arrivo) o, al più tardi, il giorno successivo (entro 48 ore dall'arrivo).
 - Si raccomanda 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.
-
- Si raccomanda, ove possibile, una valutazione multidisciplinare precoce del paziente per il suo inquadramento globale.
 - Si raccomanda la valutazione da parte di un fisiatra (o di un ortopedico, ove non disponibile) del paziente e la mobilitazione precoce da parte di un fisioterapista, a meno di controindicazioni mediche o chirurgiche.
 - Si raccomanda di agire sul paziente con l'obiettivo di consentire il carico completo nell'immediato periodo post-operatorio (salvo controindicazioni).
 - Si raccomanda almeno una seduta di mobilitazione al giorno da parte di un fisioterapista.

🔍 Ricerca indicatore per nome, ambito nosologico, condizione, patologia ...

🔼 Filtra

5 Risultati

Rimuovi tutti i filtri

AMBITO NOSOLOGICO

Muscoloscheletrico



CONDIZIONE

Frattura del collo del femore



Muscoloscheletrico > Frattura del collo del femore

Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni

Muscoloscheletrico > Frattura del collo del femore

Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri

Muscoloscheletrico > Frattura del collo del femore

Frattura del collo del femore: volume di ricoveri

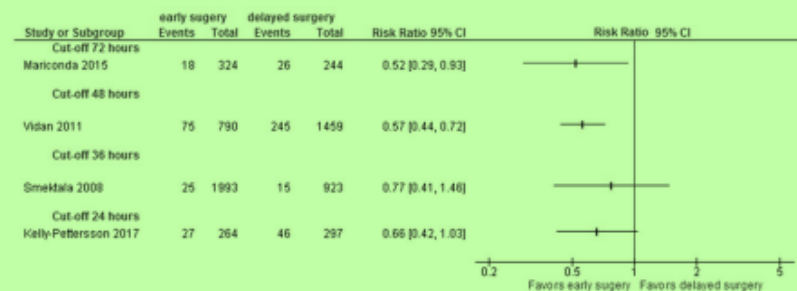
Muscoloscheletrico > Frattura del collo del femore

Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani

Muscoloscheletrico > Frattura del collo del femore

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero

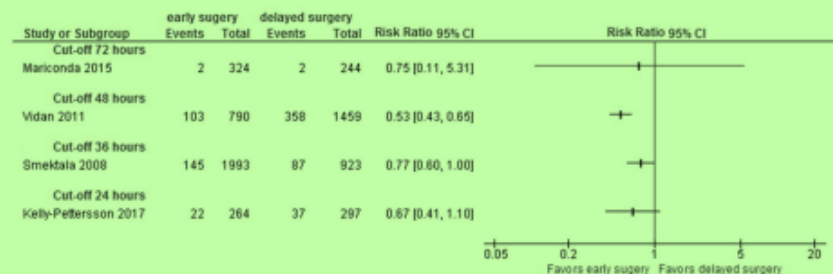
Pressure ulcer



Pneumonia



Urinary tract infection



Thromboembolic events

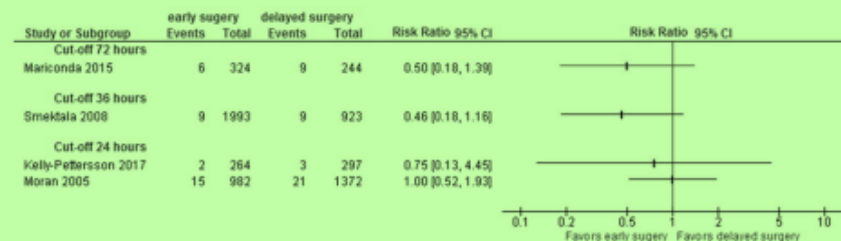


Figure 4. Pneumonia, pressure ulcers, urinary tract infection, thromboembolic events (unadjusted data); Abbreviations: CI: confidence interval.

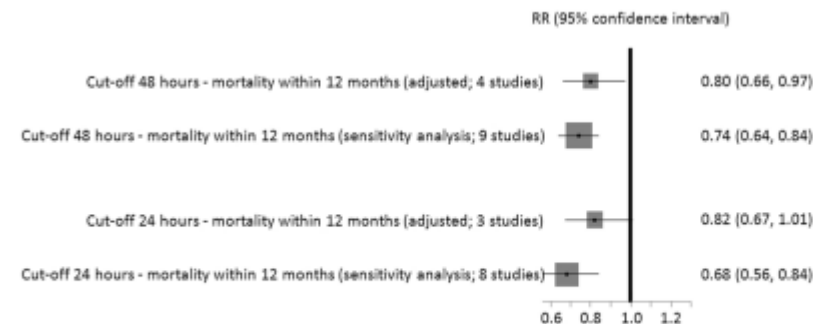


Figure 2. Effects of early and delayed surgery on short- and long-term mortality using 48 hours and 24 hours as cut-offs (summary of results of random-effects meta-analyses and sensitivity analysis).

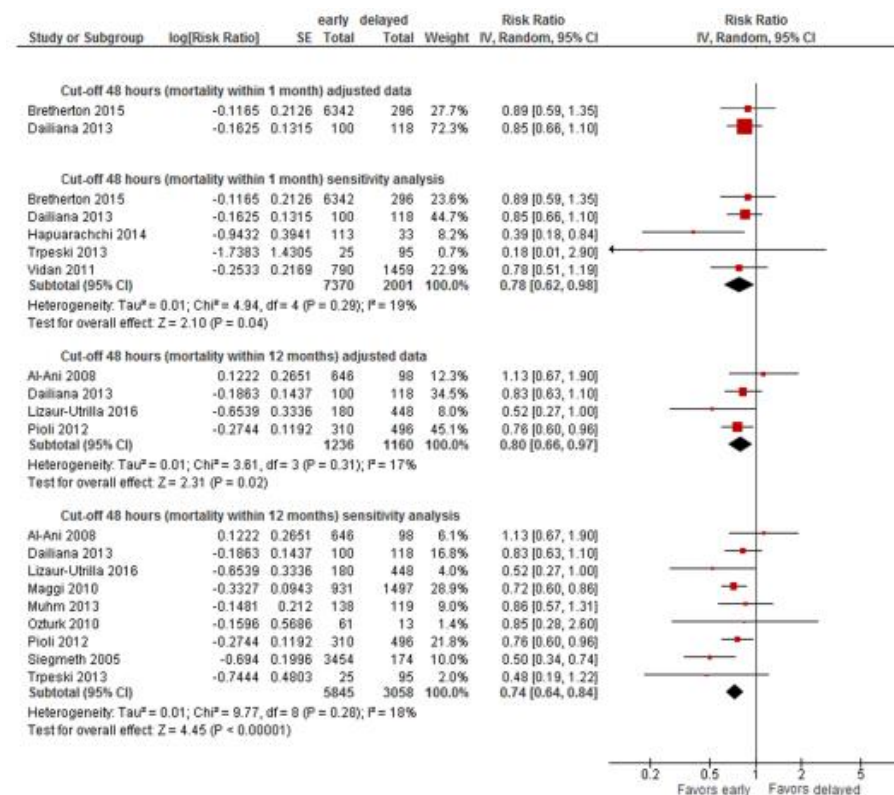


Figure 5. Cut-off 48 hours - short- and long-term mortality adjusted and sensitivity analyses incl. unadjusted data.

The Fragility Fracture Pandemic – has the ‘Call to Action’ made a difference?

Andrew Gray; David Marsh; Paul Mitchell

Injury, Aprile 01, 2021, Fascicolo 52, Numero 4, Pagine 645-646, Copyright © 2021 Elsevier Ltd



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con frattura del femore prossimale

1.	Emissione	1
2.	Gruppo di lavoro multiprofessionale	1
3.	Campo di applicazione	3
4.	Obiettivo.....	3
5.	Metodologia	3
6.	Definizioni e sigle.....	4
7.	Documenti di riferimento	5
8.	Responsabilità e descrizione delle attività.....	6
9.	FASI DEL PDTA.....	7
9.1.	<i>Fase di stabilizzazione del paziente in Pronto Soccorso</i>	<i>7</i>
9.2.	<i>Fase pre-operatoria – Accettazione in Reparto</i>	<i>9</i>
9.3.	<i>Fase Intervento chirurgico</i>	<i>13</i>
9.4.a.	<i>Fase postoperatoria – 1° giorno</i>	<i>15</i>
9.4.b.	<i>Fase postoperatoria – 2°-4° giorno</i>	<i>17</i>
9.5.	<i>Dimissione e prevenzione di ulteriore frattura</i>	<i>18</i>
10.	Parametri di controllo	22
11.	Allegati	23

1. Emissione

Rev	Descrizione modifiche	Data Approvazione	Redazione	Firma Verifica	Firma Approvazione
0	Prima redazione	25/05/2026	Referente del gruppo di redazione Prof. Leo Massari	Direttore ff UOC Qualità e Sviluppo Organizzativo Dr.ssa Cinzia Pizzardo	Direttore Generale AUSL Ferrara Commissario Straordinario AOU Ferrara Dr.ssa Nicoletta Natalini

COGNOME NOME	RUOLO
Massari Leo	UO Ortopedia e Traumatologia – AOIFE
Tommasin Tatiana	UO Ortopedia e Traumatologia – AOIFE
Miet Michele	UO Ortopedia Delta – AUSLFE
Bighetti Giulia	UO Ortopedia Delta – AUSLFE
Castagnini Luca	UO Ortopedia Cento – AUSLFE

Romagnoli Matteo
Volta Carlo Alberto
Matina Anna
Righini Erminio
Mazzoni Eleonora
Ventura Massimilia
Petrarulo Ciro
Marvasi Graziella
Guardigli Gabriele
Malagù Michele
Volpato Stefano
Vavalle Chella
Trevisan Caterina
Parro Stefano
Pesci Chiara
Pazzi Isabella
Cariani Daniele
Punturieri Marina
Bergonzoni Antone
Buja Sergio
Zucchini Elisabetta
Cotti Dalia
Toscano Sergio
Sartini Silvana
Delli Gatti Chiara
Cupido Maria Grazi
Lodi Gianluca

Ambrosio Maria Rosa	UO Programmazione e Controllo di Gestione - AOIFE
Ferrozzi Anna	UO Qualità e Accreditamento - AOIFE
Guerra Valentina	UO Programmazione e Controllo di Gestione - AOIFE
Napoli Nicola	UO Programmazione e Controllo di Gestione - AOIFE
Salvioli Erika	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Leoni Massimo	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Lonardi Michela	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Berti Moira	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Finessi Ilenia	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Stivani Stefania	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Bellini Laura	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie

4. Obiettivo

Obiettivo generale di questo percorso diagnostico-terapeutico è il miglioramento dell’appropriatezza delle cure dei pazienti con frattura del femore, con particolare riferimento al paziente ortogeriatrico, attraverso la definizione di programmi riabilitativo-assistenziali appropriati e standardizzati.

Obiettivi specifici del percorso sono:

1. rendere omogeneo l’intero percorso assistenziale e riabilitativo
2. garantire un approccio coordinato ed integrato multiprofessionale e multidisciplinare nella diagnosi e nel trattamento
3. garantire la sicurezza delle cure, la tempestiva presa in carico del paziente e la precocità dell’intervento chirurgico e riabilitativo
4. raggiungere i livelli standard proposti a livello regionale dell'indicatore "Frattura di femore: % interventi effettuati entro 48 ore" (IND0771) relativo al tempo che intercorre tra l’accesso in urgenza alla struttura ospedaliera per frattura del collo del femore e intervento chirurgico” rispetto al quale lo standard previsto è $\geq 70\%$.

I risultati attesi sono l’appropriata riparazione chirurgica della frattura, una riduzione delle complicanze perioperatoria (es delirium post-operatorio e incidenza di lesioni da pressione) con conseguente riduzione della disabilità residua, della mortalità e la prevenzione delle ri-fratture.

Punginelli Bruna	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Giacometti Maurizio	Sistema Emergenza Urgenza Sanitaria Preospedaliera Provinciale
Orioli Marco	DATEP - Dirigente Prof. Sanitarie
Pellizzari Rossella	UO Programmazione e Controllo di Gestione - AOIFE
Pavani Monica	Medico Assistenza Primaria - AUSLFE
	ISLFE
	ISLFE
	ISLFE
	Rete Ospedaliera

8. Responsabilità e descrizione delle attività

Il percorso di presa in carico del paziente con frattura di femore da fragilità di età superiore a 65 anni si suddivide nelle seguenti fasi:

1. Fase di stabilizzazione del paziente in Pronto Soccorso
2. Fase pre-operatoria – Accettazione in Reparto
3. Fase Intervento chirurgico
4. Fase postoperatoria
 - a. Fase postoperatoria – 1° giorno
 - b. Fase postoperatoria – 2° - 4° giorno
5. Fase di dimissione e prevenzione della ri-frattura

Il core team che garantisce l'approccio multidisciplinare è composto da:

- Medico di Pronto Soccorso: Responsabile dell'accettazione del paziente e del ricovero.
- *Medico Ortopedico*: responsabile della valutazione chirurgica, della fase di accettazione del ricovero in reparto, della gestione del trauma e della sede di frattura e dell'atto chirurgico;
- *Medico Geriatra*: responsabile della
 - valutazione multidimensionale geriatrica,
 - valutazione dei problemi internistici intercorrenti per la stabilizzazione del paziente al fine di evitare ritardi nell'intervento chirurgico, nella mobilizzazione e nella riabilitazione,
 - prevenzione secondaria di cadute e ri-fratture;
- *Medico Anestesista*: responsabile della valutazione anestesiológica preoperatoria, dell'anestesia, della stabilizzazione immediata postoperatoria nel blocco operatorio e delle prescrizioni postoperatorie;
- *Medico Fisiatra*: responsabile del progetto riabilitativo.
- Infermiere
- OSS
- Fisioterapista

Il core team può essere allargato all'endocrinologo/a per la valutazione multidisciplinare con geriatra/ internista e ortopedico per definizione personalizzata del percorso di prevenzione secondaria di cadute e ri-fratture e per la prescrizione dei farmaci sottoposti a Piano Terapeutico.

9. FASI DEL PDTA

9.1. Fase di stabilizzazione del paziente in Pronto Soccorso

Attività	Descrizione Attività	Responsabilità
Valutazione	Triage - accettazione - rilevazione parametri vitali e valutazione del dolore con scala NRS - assegnazione CODICE ARANCIONE	Infermiere di triage
	Accettazione in ambulatorio PSTO o PS Generale entro 30 min	Medico di PS
	Compilazione scheda anamnestica ed esame obiettivo	
Esami radiologici	Rx Bacino e assiale anca	Radiologo
	Se frattura presente anche Rx torace pre-operatorio	Radiologo
Consulenze	Ortopedica: in caso di diagnosi dubbia effettuare TAC/RMN. Si conferma la diagnosi di frattura di femore con indicazione chirurgica	Ortopedico/Medico di PSG/PSTO
Esami valutazione anestesiológica per	Prenotazione del Profilo preoperatorio (profilo aziendale) + esami indicati in campo NOTE ed esecuzione del prelievo ematico	Medico PSTO/PSG di e Infermiere di ambulatorio
	Esecuzione ECG e invio alla degenza per la richiesta di refertazione	Infermiere di ambulatorio
	Richiesta di refertazione ECG	Medico di PSTO/PSG
	Refertazione del tracciato su SAP/IN REPARTO	Cardiologo
Interventi/procedure	Misurazione dolore con scala NRS, riscaldamento del paziente	Infermiere di ambulatorio
Farmaci	Posizionamento catetere venoso calibro 18G	Medico PSTO/PSG di e Infermiere di PS
	Prescrizione terapia analgesica e liquidi compilando il FUT di PS	Medico di PSTO/PS
	Somministrazione terapia analgesica e infusione di liquidi	Infermiere di PS
Educazione del paziente	Informazioni al paziente e alle persone autorizzate con consegna della Informazione relativa al trattamento proposto	Medico di PSTO/ Reparto
Attività per la sicurezza	Prevenzione rischio cadute Immobilizzazione di arto/i se necessario	Infermiere di ambulatorio Ortopedico
Pianificazione del percorso	Chiusura pratica di PS e ricovero in Reparto di degenza in carico all'U.O. Ortopedia	Medico PSTO/PSG di

9.2. Fase pre-operatoria – Accettazione in Reparto

Attività	Descrizione Attività	Responsabilità	
		AOU	AUSL
Valutazione	Assessment infermieristica all'atto del ricovero in degenza	Infermiere degenza	Infermiere degenza
	Valutazione multidimensionale geriatrica	Geriatra	Geriatra previa richiesta di consulenza (vedi attività successiva)
	Ricognizione farmacologica e precedenti fratture	Geriatra	Ortopedico/Geriatra/Internista

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

Farmaci	Profilassi antitrombotica secondo prescrizione medica	Ortopedico/Geriatra e Infermiere degenza	Ortopedico/Geriatra/Internista e Infermiere degenza
	Antiaggreganti: se ASA 75/100	Ortopedico e	Ortopedico e

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

 Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara		Documento Interaziendale PDTA-23-INTER Rev 0 Data: 25/05/2026
---	--	--

 Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara		Documento Interaziendale PDTA-23-INTER Rev 0 Data: 25/05/2026
--	--	--

 Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara		Documento Interaziendale PDTA-23-INTER Rev 0 Data: 25/05/2026
---	--	--

	Valutazione anestesiológica preoperatoria con stratificazione rischio (ASA) e tipologia metodica di anestesia (Loco-regionale o Generale)	Anestesista	Anestesista
	Valutazione multidisciplinare e giudizio di operabilità	Ortopedico, Geriatra, Anestesista	Ortopedico, Anestesista
	Scelta del tipo di intervento	Ortopedico	Ortopedico
	Inserimento in lista operatoria (seduta operatoria giornaliera per traumatologia ovvero come urgenza durante le giornate festive per non superare le 48 ore)	Ortopedico/Anestesista	Ortopedico/Anestesista
Consulenza	Geriatrica	/	Ortopedico/Internista
	Cardiologica (se richiesta da Anestesista/Geriatra). In caso di anomalie rilevanti nel tracciato ECG, il Medico cardiologo può decidere di eseguire una valutazione cardiologica.	Cardiologo/Geriatra	Ortopedico/Anestesista/Internista/Geriatra/Cardiologo

	mg/die no controindicazione ad anestesia loco regionale	Anestesista	Anestesista
	Se antiaggreganti diversi da ASA o doppia anti-aggregazione procedere con anestesia generale, dopo adeguata valutazione del rischio	Ortopedico e Anestesista	Ortopedico e Anestesista
	Anticoagulanti: se INR < 1,5 No controindicazioni ad anestesia loco regionale; se INR > 1,5 somministrare vitamina K 1-3 mg 1 volta e controllo a 6-12 ore fino a che INR < 1,5. Se in terapia con DOAC (anticoagulanti orali diretti) seguire le indicazioni previste da ogni specifica molecola. NAO: seguire schema di sospensione per gli anticoagulanti/antiaggreganti sotto-riportato.	Ortopedico e Anestesista	Ortopedico e Anestesista
	Prescrizione e somministrazione ossigenoterapia	Ortopedico/Geriatra e Infermiere degenza	Ortopedico/Geriatra/Internista e Infermiere degenza
	Prescrizione e somministrazione antibiotico profilassi	Ortopedico e Infermiere degenza	Ortopedico e Infermiere degenza
	Gestione dei liquidi e correzione eventuale carenza marziale e vitaminica	Ortopedico/Geriatra	Ortopedico/Geriatra/Internista
	Prescrizione terapia antalgica	Ortopedico	Ortopedico/Geriatra/Internista
	Prescrizione e somministrazione insulina se paziente diabetico scompensato	Ortopedico/Geriatra/Diabeteologo e Infermiere degenza	Ortopedico/Geriatra/Internista e Infermiere degenza

Principali fattori clinici nel ritardo dell'intervento

1. Instabilità clinica preoperatoria:

Alterazioni che richiedono correzione prima dell'intervento chirurgico

ALTERAZIONE	CORREGGERE nel PREOP	CONSIDERARE
Pressione arteriosa	PAS <90 mmHg	
Ritmo e frequenza	FA o TSV=>120'; TV, BAV III° grado o bradicardia <45'	Consulenza per valvulopatie note e adeguamento TAO/NAO
Dolore toracico	Infarto non noto all'ECG o angina con ST sopra o sottoslivellato	Infarto recente o angina instabile

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara	Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara	<u>Documento Interaziendale</u>	
		PDTA-23-INTER Rev 0	Data: 25/05/2026

Insufficienza cardiaca	Edema polmonare o recente scompenso cardiaco congestizio, versamento visibile con RX torace, dispnea.	In cardiopatici noti è richiesta valutazione cardiologica se ultimo controllo > 12 mesi
Insufficienza respiratoria	SpO2 <90% o pO2 <60mmHg pCO2 =>55mmHg	
Infezioni/polmoniti	Temperatura <35°C Temperatura >38 °C con segni clinici/radiologici di polmonite	
Elettroliti (mEq/l)	Na <128 o >151 K <2.9 o >5.6	Idratazione e nutrizione adeguata Diuretici!
Insufficienza renale	Azotemia >50mg/dl Creatinina >2.6mg/dl	Prolunga timing sospensione TAO/NAO
Anemia (g/dl) INR	Hb <8 >1.5	

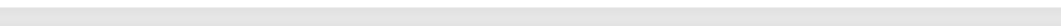
Per pazienti in terapia con farmaci antiaggreganti/anticoagulanti, in linea con le più recenti linee guida, vanno rispettate le seguenti indicazioni circa i tempi di intervento, tipologia di anestesia, sospensione e ripresa della terapia (Allegato 1).

Per i pazienti con diabete tipo 2 in terapia con metformina è indicata la sospensione del farmaco al momento dell'accoglimento in reparto. Per i pazienti in buon compenso glicemico non è necessaria alcuna integrazione terapeutica. Per i pazienti in scarso controllo metabolico (glicemia a digiuno >160-180 mg/dl e/o Emoglobina glicosilata >8% è indicato adeguamento terapeutico con terapia insulinica da parte dell'equipe ortogeriatrica o eventuale consulenza specialistica.

9.3. Fase Intervento chirurgico

Attività	Descrizione Attività	Responsabilità
Valutazione	Presenza in carico assistenziale	Infermiere PPO/SO OSS
	Controllo della documentazione clinica	Ortopedico, Anestesista Infermiere PPO/SO
	Scelta del tipo di anestesia	Anestesista
	Valutazione temperatura corporea e P.V.	Infermiere PPO/SO
Esami diagnostici	Valutazione dimissibilità dal Reparto Operatorio	Anestesista
	Rx/Scopia intraoperatorio	Ortopedico - TSM
Interventi/procedure	Preparazione ed Effettuazione Anestesia	Anestesista/Infermiere di Anestesia SO
	Posizionamento paziente su letto operatorio con	Equipe Medica

AOU FERRARA - AUSL FERRARA



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara	Documento Interaziendale	
	Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara	PDTA-23-INTER Data: Rev 0 25/05/2026

	utilizzo di appropriati posizionatori.	Ortopedica/Infermieri di SO
	Esecuzione intervento chirurgico	Equipe Medica Ortopedica/Infermiere Strumentista/Infermieri di SO/TSRM
	Medicazione e riposizionamento paziente su letto di degenza	Equipe Medica Ortopedica/Infermieri di SO
	Eventuali prelievi per type and screen Disponibilità di sangue	Anestesista/Infermiere di Anestesia SO
Farmaci	Anestesia/analgesia	Anestesista/Infermiere di Anestesia SO
	Gestione dei liquidi	Anestesista/Infermiere di Anestesia SO
Educazione del paziente	Informazione al paziente e ai familiari sulle condizioni cliniche	Ortopedico e Anestesista
Attività per la sicurezza del paziente	Checklists di SO (Sign-in e Sign-out)	Ortopedico, Anestesista, Infermiere di SO
	Check List identificazione paziente/lato	Ortopedico, Anestesista, Infermiere di SO
	Conta delle garze/taglienti	Ortopedico, Infermiere Strumentista, Infermiere di SO

9.4.a. Fase postoperatoria – 1° giorno

Attività	Descrizione Attività	Responsabilità	
		AOU	AUSL
Valutazione	Assessment multidisciplinare/multi professionale post-operatorio immediato	Ortopedico/Geriatria Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista
	Prescrizione posizione, mobilizzazione e carico	Ortopedico	Ortopedico
	Valutazione dolore con scala NRS	Infermiere Degenza	Infermiere degenza
	Valutazione stato nutrizionale	Geriatria	Geriatria/Internista
	Valutazione rimozione catetere	Geriatria e Ortopedico	Ortopedico/Geriatria/Internista
	Valutazione fragilità (Allegato 2)	Geriatria/Ortopedico	Geriatria/Ortopedico
Esami diagnostici	Prescrizione ed esecuzione emocromo di controllo Prescrizione ed esecuzione esami ematochimici I e II livello in base al rischio fratturativo (Allegato 3 e 4)	Ortopedico/Geriatria Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Rx bacino e femore post-operatori e richiesta eventuali esami per prevenzione nuova frattura (allegato 3 e 4)	Ortopedico	Ortopedico
Consulenze	Richiesta di valutazione fisioterapia	Ortopedico	Ortopedico
	Richiesta di consulenza fisiatrica		
	Richiesta di consulenza Geriatrica con VMD (se non già effettuata)		
Presa in carico riabilitativa	Entro 24 ore dall'intervento avviene la presa in carico fisioterapia per mobilizzazione e prevenzione dell'allettamento. Il fisioterapista inizia l'attività	Fisiatria/Fisioterapista	Fisiatria/Fisioterapista

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

	fisioterapia secondo il protocollo (Allegato 4) e le indicazioni dell'Ortopedico relativamente alla possibilità o meno di carico sull'arto operato.		
Interventi/Procedure	Monitoraggio parametri vitali	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Bilancio idroelettrolitico	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e infermiere degenza
	Valutazione e trattamento dolore post-operatorio	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e infermiere degenza
	Posizionamento del paziente (seduto in poltrona con/senza carico)	Ortopedico/ Infermiere Degenza / Fisioterapista	Ortopedico/Infermiere degenza /Fisioterapista
	Rimozione catetere vescicale in 1° gg, in assenza di evidenti controindicazioni	Ortopedico/Geriatria Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
Farmaci	Prescrizione e somministrazione profilassi antitromboembolica	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Prescrizione e somministrazione ossigenoterapia	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Infusione liquidi ed eventuale prosecuzione terapia marziale, vitaminica e di calcio	Ortopedico/Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Prescrizione e somministrazione terapia antalgica	Ortopedico / Geriatria / Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza
Educazione del paziente	Informazione al paziente ed ai familiari/caregiver circa l'andamento clinico.	Ortopedico / Geriatria/Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e Infermiere degenza ciascuno per gli aspetti di competenza
Attività per la sicurezza del paziente	Prevenzione e trattamento Delirium post-operatorio **	Geriatria / Infermiere Degenza	Geriatria e Infermiere degenza
	Valutazione e trattamento del delirium (scala 4AT)	Geriatria	Geriatria e Infermiere degenza
	Prevenzione lesioni da decubito	Infermiere Degenza	Infermiere degenza
	Prevenzione rischio di cadute	Infermiere Degenza	Infermiere degenza
Nutrizione	Programma nutrizionale	Geriatria Infermiere Degenza/Endocrinologo	Geriatria/Internista e Infermiere degenza
	Infusione liquidi secondo prescrizione medica	Ortopedico / Geriatria / Infermiere Degenza	Ortopedico/Geriatria/Internista e infermiere degenza
Pianificazione del percorso	Prescrizioni terapeutiche	Ortopedico/Geriatria	Ortopedico/Geriatria/Internista

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

"ORTO-DEL"

identificare nuove molecole circolanti nel sangue (biomarcatori) che permettano l'identificazione precoce dei pazienti ad elevato rischio di sviluppare delirium (stato confusionale acuto) in seguito ad intervento chirurgico per frattura di femore.



Attività	Descrizione Attività
Valutazione	Assessment multidisciplinare/multiprofessionistico post-operatorio
	Visita fisiatrica entro 72 ore richiesta di consulenza, definizione del PRI, identificazione setting (estensivo/intensivo) idoneo per la prosecuzione tenendo conto anche dell'età geriatrica
	Valutazione dolore con scala NRS
Esami diagnostici	Prescrizione ed esecuzione esami di controllo (mediante giornata post-operatoria)/ esami post-trasfusionale im- compresa la vitamina B12
Interventi/procedure	Monitoraggio parametri vitali
	Bilancio idroelettrolitico
	Gestione del delirium post-op
Farmaci	Prescrizione e somministrazione Profilassi antitromboembolica
	Infusione liquidi ed elettroliti prosecuzione terapia nutrizionale vitaminica (vitamina B12 e Vitamina D) e di calcio
	Prescrizione e somministrazione Terapia Antalgica
Educazione del paziente	Informazione al paziente e caregiver sulle condizioni cliniche sul percorso riabilitativo "personalizzato riabilitativo individuale"

Allegato 5 – Protocollo fisioterapico per la prima settimana post-intervento		
Raccomandazioni generali: • Personalizzare il protocollo in base al tipo di frattura, intervento, età, comorbidità, carico (da verbale operatorio e confronto con l'ortopedico) • Valutare eventuali controindicazioni, dolore o complicazioni discutendone con fisiatra/ortopedico. • Effettuare raccolta dati clinici e assistenziali dalla CC e attraverso colloquio informativo con personale della UO • Effettuare raccolta dati attraverso il colloquio con il paziente (struttura abitativa, nucleo familiare, utilizzo pregresso di ausili)		
Periodo	Obiettivi	Attività principali
Giorno 0-2	• Controllo edema e dolore • Prevenzione complicanze da ipomobilità • Verticalizzazione	1. Assessment in decubito supino 2. Mobilizzazioni passive/attive assistite 3. Esercizi isometrici di quadricipite, glutei e abduttori 4. Educazione terapeutica alle posture corrette, ai passaggi posturali e ai trasferimenti sicuri 5. Esercizi respiratori dove necessari 6. Counseling paziente, caregiver e/o personale di reparto
Giorno 2-4	• Potenziamento muscolare • Verticalizzazione (se non eseguita nel periodo precedente) • Avvio deambulazione	1. Assessment in stazione eretta 2. Addestramento alla verticalizzazione 3. Deambulazione a carico progressivo con ausilio maggiore poi minore
Giorno 4-7	• Recupero deambulazione e scale • Prevenzione del rischio caduta	1. Educazione posturale 2. Esercizi per il miglioramento equilibrio e incremento carico 3. Camminata con carico e tragitto progressivi 4. Addestramento salita e discesa scale 5. Addestramento all'autotrattamento
Controindicazioni e precauzioni • NO rotazione esterna/interna forzata dell'anca • NO flessione oltre 90° dell'anca se protesi recente • NO carico completo precoce senza autorizzazione ortopedica • Attenzione a: febbre, segni di trombosì, edema eccessivo, dolore acuto		

ciascuno per gli aspetti di competenza	gli aspetti di competenza
Infermiere Degenza/ Fisioterapista	Infermiere degenza/ Fisioterapista
Infermiere Degenza/ Fisioterapista	Infermiere degenza/ Fisioterapista
Infermiere Degenza	Infermiere degenza
Infermiere Degenza	Infermiere degenza
Infermiere Degenza/ Fisioterapista	Infermiere degenza/ Fisioterapista
Geriatra / Infermiere Degenza/ Endocrinologo	Geriatra/Internista/ Infermiere degenza
Geriatra, Fisiatra, Ortopedico, Endocrinologo, Infermiere COT	Ortopedico/Geriatra/ Fisiatra e Infermiere COT
Geriatra/Ortopedico	Ortopedico/Geriatra/ Internista/

attura

10. Parametri di controllo

ELENCO INDICATORI	STANDARD (FONTE DELLO STANDARD)
Frattura di femore: % interventi effettuati entro 48 ore	Media RER $\geq 70\%$ (InSiDER - IND0771)
Mortalità a 30gg	a 30 gg. $< 5\%$ (dati PNE Italia 2019= 5,12)
% pazienti dimessi da Ortopedia con lesioni da pressione	$< 6\%$ **
Valutazione Prescrizione Vitamina D e farmaci antiosteoporotici alla dimissione con nota 79	$\geq 75\%$

AOU FERRARA - AUSL FERRARA

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara	Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara Azienda Sanitaria Locale Ferrara	<u>Documento Interaziendale</u> PDTA-23-INTER Data: Rev 0 25/05/2026
---	---	---

N pazienti presi in carico dal fisioterapista entro 24h dall'intervento chirurgico	$> 75\%$
Numero di pazienti in terapia con farmaci Nota 79 a 3 mesi dalla dimissione (Fonte dati AFT e FED)	$> 75-80\%$
Numero di pazienti in terapia con farmaci Nota 79 a 12 mesi dalla dimissione (Fonte dati AFT)	$> 50\%$

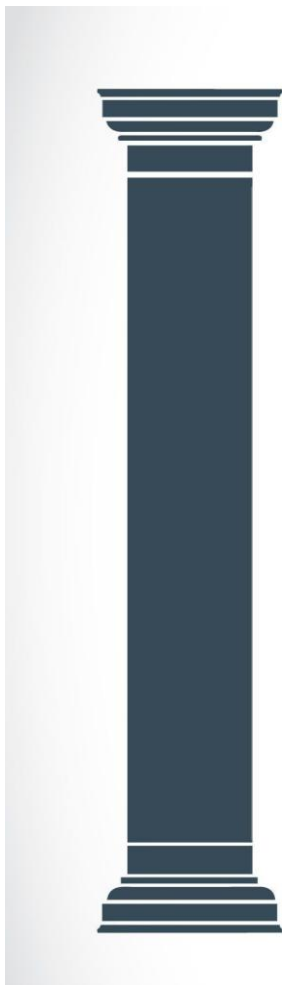
The Fragility Fracture Pandemic – has the ‘Call to Action’ made a difference?

Andrew Gray; David Marsh; Paul Mitchell

Injury, Aprile 01, 2021, Fascicolo 52, Numero 4, Pagine 645-646, Copyright © 2021 Elsevier Ltd



**1° Pilastro:
MULTIDISCIPLINARIETA'
MULTIPROFESSIONALITA'**



**2° Pilastro:
RIABILITAZIONE**



**3° Pilastro:
PREVENZIONE
SECONDARIA**



4° Pilastro: POLITICO



Secular increase in the incidence of hip fractures in Belgium between 1984 and 1996: need for a concerted public health strategy

Reginster J-Y., Gillet P., Gosset C.

Bull. World Health Organ. 2001, 79, 942-946

“In Belgio, tra il 1984 e il 1996, c’è stato un incremento del 30% nell’incidenza delle fratture del femore prossimale. Pertanto, con i dati a disposizione, è prevedibile che l’incidenza delle fratture del femore prossimale in questo paese aumenti di 7 volte nel 2050,”



Programma Nazionale Esiti

Edizione 2025

Home Documentazione ▾ Assistenza Ospedaliera ▾ Assistenza Territoriale Equità Sperimentazione Audit Flussi ▾

[Home](#) / [Assistenza Ospedaliera](#) / [Muscoloscheletrico](#) / [Frattura del collo del femore](#) / Dettaglio Indicatore

Frattura del collo del femore: volume di ricoveri ▾

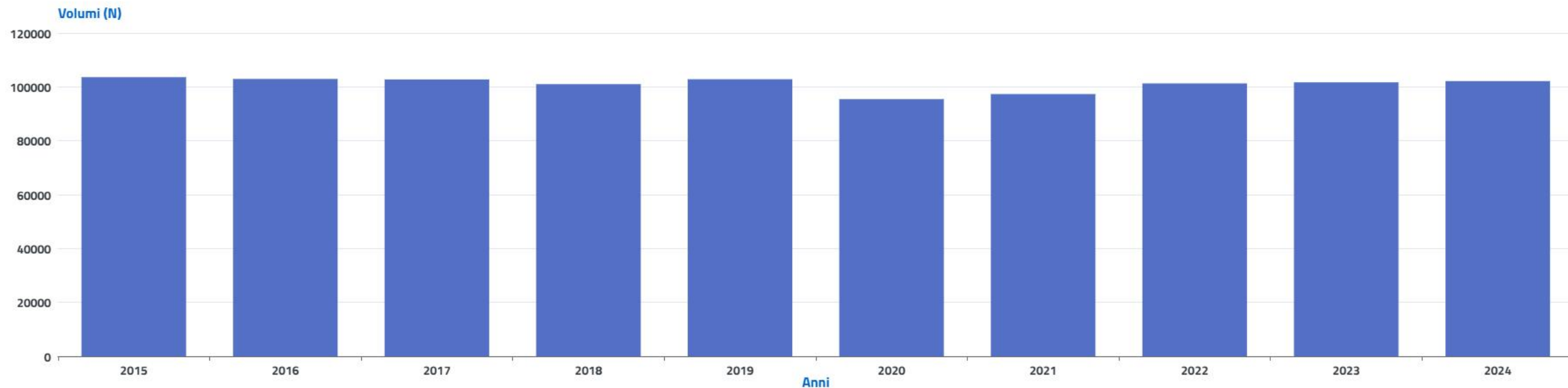
[Documentazione](#) [Condividi](#)

[Italia](#)

[Strutture](#)

[Area di Residenza](#)

Frattura del collo del femore: volume di ricoveri (2024)



N. casi con frattura di femore per pazienti con età ≥ 65 anni - % di intervento entro 2 giorni dall'ammissione - Gennaio-Dicembre 2025

INDICATORE IND1013 (ore da ingresso in PS) - anche con indicatore calcolato senza interventi non eseguiti

Tav. 1 - Distribuzione per diagnosi principale o secondaria e intervento



Totale	314	277	88.2	302	91.7
---------------	-----	-----	------	-----	------

	sesso								Totale			
	M				F							
	N. casi	N. casi con intervento	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS - senza interventi non eseguiti	N. casi	N. casi con intervento	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS - senza interventi non eseguiti	N. casi	N. casi con intervento	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS - senza interventi non eseguiti
Età												
65 -- 69	3	3	100.0	100.0	4	4	100.0	100.0	7	7	100.0	100.0
70 -- 74	4	4	75.0	75.0	16	16	93.8	93.8	20	20	90.0	90.0
75 -- 84	36	35	86.1	88.6	94	91	86.2	89.0	130	126	86.2	88.9
> 84	40	38	90.0	94.7	117	111	88.9	93.7	157	149	89.2	94.0
Totale	83	80	88.0	91.3	231	222	88.3	91.9	314	302	88.2	91.7

Settembre	28	28	26	92.9	26	92.9	26	92.9	92.9
Ottobre	30	30	28	93.3	28	93.3	26	86.7	86.7
Novembre	31	29	28	90.3	27	87.1	26	83.9	89.7
Dicembre	33	32	31	93.9	29	87.9	29	87.9	90.6
Totale	314	302	290	92.4	285	90.8	277	88.2	91.7

N. casi con frattura di femore per pazienti con età ≥ 65 anni - % di intervento entro 2 giorni dall'ammissione - Gennaio-Agosto
 INDICATORE IND1013 (ore da ingresso in PS) - anche con indicatore calcolato senza interventi non eseguiti

2026



	N. casi (a)	N. casi con intervento (b)	N. casi con interv. entro 2 gg. (c)	% casi con interv. entro 2 gg. (d)	N. casi con interv. entro 48 ore (e)	% casi con interv. entro 48 ore (f) = $100 * (e) / (a)$	N. casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS (g)	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS (h) = $100 * (g) / (a)$	% casi con interv. entro 48 ore dall'accesso in PS - senza interventi non eseguiti (i) = $100 * (g) / (b)$
Mese dimiss.									
Gennaio	27	26	25	92.6	25	92.6	24	88.9	92.3
Febbraio	25	25	24	96.0	24	96.0	24	96.0	96.0
Marzo	31	30	30	96.8	30	96.8	29	93.5	96.7
Aprile	25	24	24	96.0	24	96.0	24	96.0	100.0
Maggio	21	21	20	95.2	20	95.2	20	95.2	95.2
Giugno	28	28	25	89.3	25	89.3	25	89.3	89.3
Luglio	23	22	22	95.7	21	91.3	20	87.0	90.9
Agosto	29	27	26	89.7	26	89.7	25	86.2	92.6
Totale	209	203	196	93.8	195	93.3	191	91.4	94.1



Azienda	Numeratore	Denominatore
PIACENZA	168	180
PARMA	63	94
REGGIO EMILIA	103	284
MODENA	121	172
BOLOGNA	213	399
IMOLA	91	99
FERRARA	104	131
ROMAGNA	773	854
AOSPU PARMA	98	165
AOSPU MODENA	135	171
IRCCS S. ORSOLA	67	102
AOSPU FERRARA	142	154
I.O.R.	43	48
PRIVATI ACCREDITATI	5	16
ALTRE STRUTTURE	38	49
PRIVATI NON ACCREDITATI	0	1
EMILIA-ROMAGNA	2.164	2.919

RESEARCH PAPER

A decade of increasing complexity in patients sustaining a hip fracture in England, Wales and Northern Ireland: a national cohort study using the National Hip Fracture Database dataset

RICHARD JAMES HOLLEYMAN^{1,2} , THOMAS BALDOCK³ , ANDRE CHARLETT², PAUL BAKER^{4,5},
CELIA L. GREGSON^{6,7}, ANDREW JUDGE^{8,†} , DAVID JOHN DEEHAN^{1,9,‡}

Key Points

- Overall incidence declined from 422.8 to 412.8 per 100 000.
- Divergence was observed between sexes, with falling incidence in females but rising in males.
- Annual hip fracture numbers have increased from 55 832 to 63 341 (13.5%).
- Annual cyclical variation was observed, with peak incidence occurring in winter months being 10%–20% greater than summer nadirs.
- HF patients are presenting with greater systemic disease burden, with the proportion graded American Society of Anaesthesiologists ≥ 3 increasing in both sexes.



Original Investigation | Geriatrics

Days at Home After Hip Fracture Among Older Adults With and Without Dementia

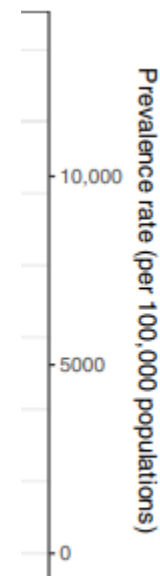
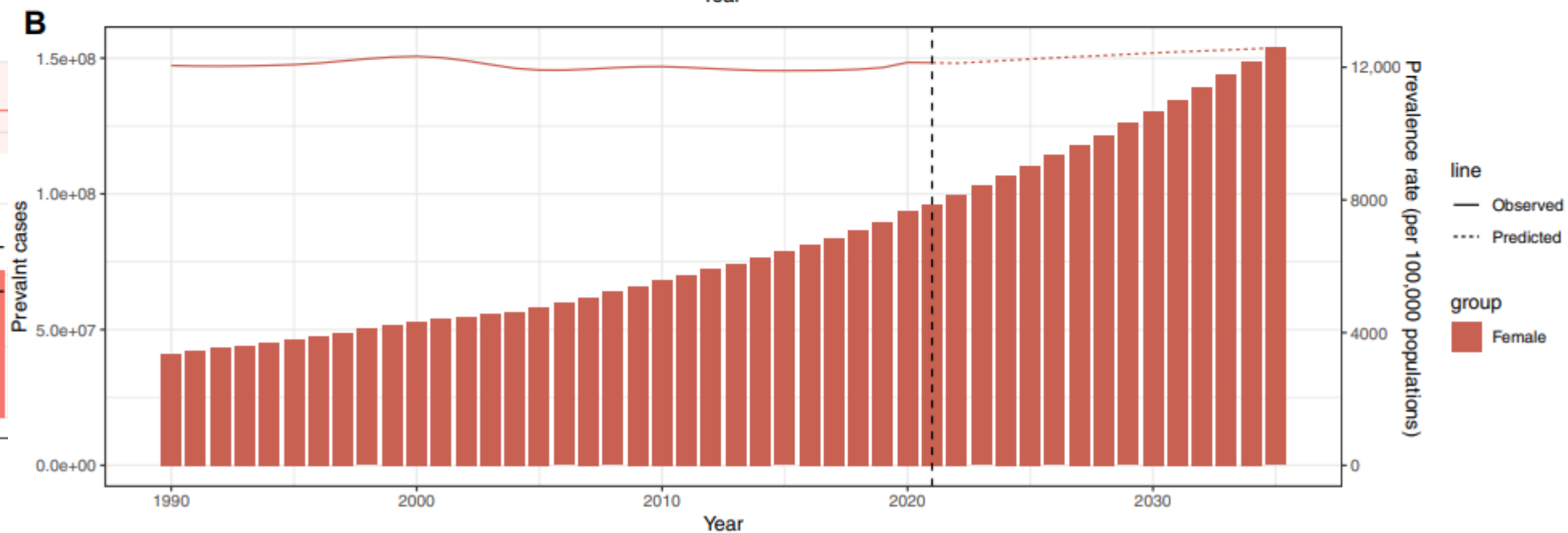
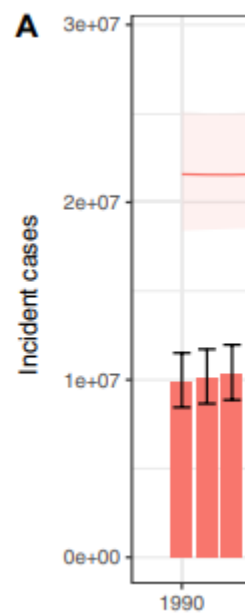
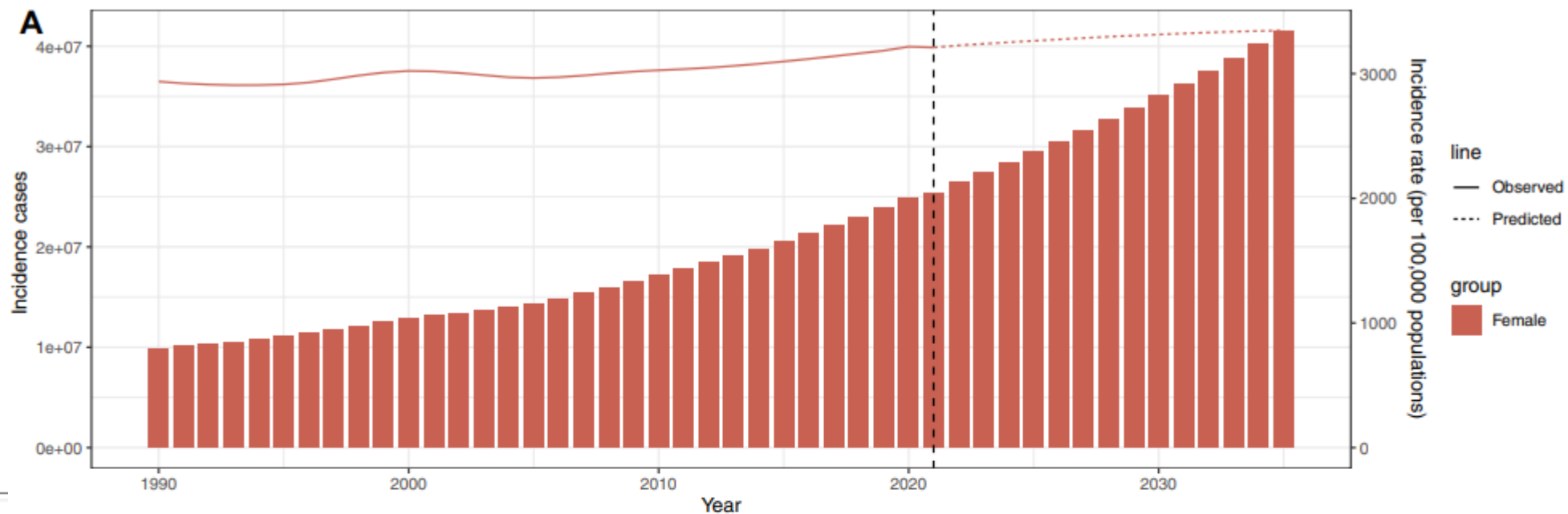
Rebecca Rodin, MD, MSc; Alexander K. Smith, MD, MS, MPH; Siqi Gan, MPH; Edie Espejo, MPH; John Boscardin, PhD; Lauren J. Hunt, PhD, RN; Carmen E. Quatman, MD, PhD; R. Sean Morrison, MD

Key Points

Question Do older adults with dementia spend less time at home after hip fracture than those without dementia?

Findings In this cohort study of over 1 million community-dwelling older adults with hip fracture, those with dementia lived 50.3 fewer days and those with dementia who survived 1 year after hip fracture spent 53.9 fewer days at home compared with adults with no dementia.

Meaning These findings can inform prognostic counseling, care planning, and decisions about rehabilitation, care intensity, and allocation of supportive services.





Burden of fall-related fracture among postmenopausal women: findings from the global burden of disease study 2021

Kaipeng Chen¹ · Beibei Wang² · Haipeng Xue¹ · Lei Zhao¹ · Xiaobin Li¹ · Xingxing Wang³

Received: 9 October 2025 / Accepted: 16 March 2026
© The Author(s) 2026

Conclusion

The burden of fall-related fractures among postmenopausal women is substantial and increasing globally. This study highlights the need for public health policies and resource allocation to address this critical issue, with a focus on improving bone health, preventing falls, and enhancing healthcare services for older women. By taking proactive measures, we can improve the well-being of postmenopausal women and reduce the economic burden on healthcare systems worldwide.

4° Pilastro: POLITICO



PDTA – Fratture di Femore



Con il Patrocinio



GRAZIE

L. MASSARI
T. TOMMASIN



Cona, Ferrara

Il Segretario
Dott. M. Vason

Il Presidente
Dott. R. Zoppellari



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Università
degli Studi
di Ferrara