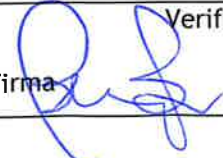
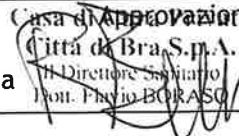


SOMMARIO

1. Premessa
2. Prima e seconda settimana
3. Terza settimana
4. Quarta settimana
5. Quinta settimana
6. Riferimenti

Redazione Firma  data 14/10/25	Verifica Firma  data 20/10/25	Casa di Approvazione Città di Bra S.p.A. Il Direttore Sanitario Dot. Flavio BORASO Firma  data 23/10/25
---	--	--

1. PREMESSA

Il trattamento riabilitativo della frattura di femore deve essere precoce e personalizzato in quanto l'età avanzata è quella maggiormente colpita da questo evento e presenta componenti pluripatologiche associate come:

- disturbi cardio-respiratori,
- alterazioni delle funzioni sensoriali come vista e udito,
- deformazioni articolari polidistrettuali (rachide, ginocchia, piedi ed arti superiori), in genere legati all'osteoartrosi e/o osteoporosi,
- componenti di patologia neurologica a volte causa responsabile dell'evento fratturativo (esempio: vasculopatia cerebrale cronica, esiti di ictus, disturbi di equilibrio di varia natura, sindromi extrapiramidali, polifarmacoterapia, ecc...),
- patologie di origine reumatica deformanti le articolazioni che compromettono il normale assetto posturale e riducono la tolleranza del dolore determinando notevoli limitazioni funzionali,
- un alterato apporto nutrizionale con conseguente squilibrio metabolico spesso dovuto anche ad una cattiva situazione del cavo orale, con scarsa igiene, dentatura inadeguata e dolente, con conseguente difficoltà deglutitoria,
- ed infine la componente psicologica e cognitivo - comportamentale legata spesso alla scarsa collaborazione e motivazione.

In molti casi è necessario far intervenire il neuropsicologo per la valutazione e/o trattamento di problematiche cognitive associate al paziente di età avanzata e che possono di molto influire sul tipo di trattamento e sui risultati.

È importante tenere presente alcuni punti:

- tipo di frattura (livello) e tipo di sintesi eseguita
- età
- condizioni generali e cognitive del soggetto
- patologie associate che possono aver complicato l'evento fratturativi nel pre e postoperatorio come: focolai BPM, piaghe da decubito, Infezioni varie, disorientamento postoperatorio, anemia, malnutrizione, allettamento, ecc.

Il protocollo è da rapportarsi soprattutto alle condizioni ortopediche di concessione del carico sull'arto operato.

2. PRIMA E SECONDA SETTIMANA

Obiettivi:

- Prevenzione e/o cura lesioni cutanee da pressione con controllo delle posture di tutto il corpo facendo particolare attenzione all'arto fratturato.
- Monitoraggio della cicatrice chirurgica e dell'edema dell'arto inferiore.
- Remissione della sintomatologia dolorosa post-operatoria.
- Prevenzione TVP.
- Monitoraggio e riduzione di edema da eventuale ematoma post-traumatico e post-operatorio.
- Recupero dell'escursione articolare.
- Valutazione menomazione / disabilità residua tramite RANKIN (**Mod. 0159**), BARTHEL INDEX (**Mod. 0158**), RCS (**Mod. 0181**)
- Recupero della tolleranza all'attività fisica.
- Recupero dell'ortostatismo e della deambulazione se è permesso il carico.
- Recupero dell'autonomia dei trasferimenti e nei passaggi posturali.
- Miglioramento autonomia AVQ (nutrirsi, rassettarsi, lavarsi, vestirsi e igiene perineale).
- Valutazione socio-assistenziale per preparare il rientro in ambiente protetto.
- Recupero della tolleranza all'attività fisica (con attento monitoraggio dei parametri vitali)
- Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca e SpO2.
- Recupero apporto nutrizionale - idrico e corretta gestione della deglutizione e dell'igiene del cavo orale.

Trattamento:

- Valutazione cognitiva (se necessita)
- Valutazione delle scale e protocolli di valutazione BARTHEL INDEX (**Mod. 0158**), RCS (**Mod. 0181**)
- Valutazione ambientale (camera da letto e bagno).
- Valutazione e trattamento delle eventuali patologie associate.
- Valutazione psicologica (se necessita).
- Trattamento della ferita chirurgica.

- Rimozione punti di sutura.
- Crioterapia
- Esercizi passivi e attivo-assistiti.
- Verticalizzazione progressiva.
- Educazione ai trasferimenti.
- Rieducazione alla deambulazione con sostegno adeguato/ausili per la deambulazione.
- Mobilizzazione passiva continua.

3. TERZA SETTIMANA

Obiettivi:

- Recupero della tolleranza all'attività fisica.
- Miglioramento dell'escursione articolare.
- Aumento del trofismo muscolare globale e specifico dell'anca.
- Sicurezza nella deambulazione.
- Facilitare il processo cicatriziale e la risoluzione dell'edema all'arto inferiore.

Trattamento:

- Rinforzo muscolare globale con programmi di esercizi a dispendio energetico crescente.
- Prosecuzione della rieducazione alla deambulazione con ausili specifici.
- Terapia fisica specifica.
- Rieducazione propriocettiva.
- Massaggio della cicatrice.
- Meccanoterapia (elastici, poulling, rulli, tavolette, cyclette o pedaliera).

4. QUARTA SETTIMANA

Obiettivi:

- Miglioramento degli obiettivi precedenti.
- Autonomia nella salita e discesa delle scale con ausili specifici.

Trattamento:

- Esercizi attivi e contro-resistenza.
- Esercizi in piedi e con carico controllato.
- Deambulazione in terreno irregolare.
- Rieducazione propriocettiva.
- Ginnastica globale in gruppo guidata dal terapista.
- Terapia fisica.
- Rieducazione alla salita e discesa scale.
- Educazione alle difficoltà di vita quotidiana.

5. QUINTA SETTIMANA

Obiettivi:

- Recupero destrezza globale.
- Recupero equilibrio statico e dinamico.
- Valutazione della menomazione disabilità e scelta di eventuali ausili.
- Valutazione menomazione / disabilità residua tramite protocolli di cui sopra.
- Miglioramento della qualità della vita e confronto con la famiglia.
- Valutazione della possibilità del ritorno alla vita autonoma o in ambiente protetto.

Trattamento:

- Esercizi attivi e contro-resistenza.
- Educazione alle difficoltà della vita quotidiana.
- Esercizi di equilibrio.
- Esercizi di gruppo guidati dal terapista.
- Allenamento alla AVQ basali ed estese con il terapista occupazionale.
- Rieducazione propriocettiva.
- Deambulazione su terreno accidentato.
- Adattamento degli ausili ed allenamento all'utilizzo degli stessi.
- Proposte di esercizi personalizzati da eseguirsi al domicilio.
- Intervento dell'assistente sociale tramite colloqui con paziente e famigliari e, se necessari, servizi sociali territoriali.

6. RIFERIMENTI

- Pennestri F, Corbetta S, Favero V, Banfi G. Fragility Fracture Prevention-Implementing a Fracture Liaison Service in a High Volume Orthopedic Hospital. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24):4902
- Seys D, Sermon A, Sermeus W, et al. Recommended care received by geriatric hip fracture patients: where are we now and where are we heading?. Arch Orthop Trauma Surg. 2018;138(8):1077-1087.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019 surveillance of hip fracture: management (CG124) – Appendix A. 37.
- Schunemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, et al. GRADE evidence to decision frameworks for adoption, adaptation and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. 2016; doi:10.1016/j.jclinepi.2016.09.009 38. Shea et al. AMSTAR. Assessing the methodological quality of systematic reviews. BMJ. 2017 Sep 21;358:j4008.