

ALLEGATO 1 - MODULO PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI RBPCA IN FASE DI PROGETTAZIONE- SVILUPPO (IN-PROGRESS) O COMPLETE

1. Proponente

SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia)

2. Enti/società/associazioni partecipanti

SIOT - Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, AIFI - Associazione Italiana Fisioterapia, AME – Associazione Medici Endocrinologi, OTODI - Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia, SIAARTI - Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, SICOOP - Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata, SICSeG - Società Italiana Chirurgia Spalla e Gomito, SIGG - Società Italiana Gerontologia e Geriatria, SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica, SIT – Società Italiana di Telemedicina, AO Trauma, CIO - Club Italiano di Osteosintesi, SIFE - Società Italiana Fissazione Esterna

3. Stato RBPCA

o Completa x In progress

4. Titolo

TRATTAMENTO DELLE FRATTURE PROSSIMALI DELL'OMERO

5. Professioni e specialità coinvolte nel panel

Ortopedici, Anestesiisti, Radiologi, Geriatri, Fisiatri, Fisioterapisti, Reumatologi, Endocrinologi

6. Obiettivi della RBPCA (max 400 parole)

Le fratture prossimali dell'omero rappresentano circa il 6% delle fratture negli adulti e si prevede che la loro incidenza aumenterà in modo significativo con l'invecchiamento della popolazione. Sebbene possibili anche nel giovane in seguito a traumi ad alta energia, si tratta più spesso di fratture secondarie a fragilità osteoporotica, più comuni nelle donne e con un modello di distribuzione unimodale, con un'incidenza che aumenta con l'età.

Le fratture prossimali dell'omero vengono classificate in genere utilizzando il sistema di Neer, che considera il numero e il grado di scomposizione dei frammenti e, insieme ai fattori anamnestici individuali, indirizza le soluzioni terapeutiche. Tuttavia, non vi è ancora un accordo unanime riguardo al trattamento ottimale di queste fratture. Una revisione Cochrane di 23 studi randomizzati e 1238 pazienti non ha raccolto prove sufficienti per orientare il trattamento di queste fratture.

Si ritiene che oltre l'80% delle fratture, in particolare quelle stabili e con minima scomposizione, possano essere trattate conservativamente, con un periodo di immobilizzazione seguito da fisioterapia. Tuttavia, circa il 15% dei pazienti non operati lamenta deficit funzionali cronici con un impatto sulla qualità della vita.

Con la crescente complessità del tipo di frattura, si ritiene che i risultati siano peggiori se i frammenti non vengono ridotti e sintetizzati o se non viene eseguito un intervento di sostituzione protesica. Le opzioni di trattamento chirurgico nei casi più complessi sono pertanto la riduzione a cielo aperto e osteosintesi (più spesso con placche, ma anche con fili e chiodi endomidollari), l'endoprotesi e, in misura crescente, l'artroprotesi inversa della spalla. Il vantaggio dell'osteosintesi è che l'articolazione nativa viene preservata, ma con un rischio considerevole di sviluppare necrosi della testa omerale e di richiedere interventi supplementari. Le protesi offrono invece il vantaggio di prevenire un intervento chirurgico secondario correlato al fallimento della sintesi, ma presentano potenziali complicanze specifiche, anche molto gravi (instabilità, infezioni, fratture periprotetiche).

L'assenza di raccomandazioni condivise su scala nazionale che orientino il trattamento delle fratture prossimali dell'omero determina allo stato attuale un'elevata e non pienamente giustificata variabilità della pratica clinica e un aumento del contenzioso e delle richieste di risarcimenti. Appare pertanto necessario allineare le indicazioni e le strategie terapeutiche sulla base delle evidenze e delle risorse disponibili con un approccio metodologicamente solido.

7. Ambito delle RBPCA

7a. Gruppi di popolazione target inclusi o esclusi

Pazienti adulti (“scheletricamente maturi”) con frattura dell’omero prossimale

7b. Fascia d’età considerata

18-

7c. Specificare eventuali considerazioni di sesso e genere nella valutazione degli interventi oggetto delle RBPCA

Nessuna

7d. Setting: (*è possibile più di una risposta*)

- cure primarie
- cure secondarie
- cure terziarie

7e. Prospettiva (*è possibile più di una risposta*)

- paziente
- popolazione
- politica sanitaria

8. Criteri di priorità delle RBPCA

Assegnare uno score da 1 (priorità minima) a 4 (priorità massima) a ciascuno dei seguenti criteri:

- a) impatto epidemiologico delle malattie sulla popolazione italiana 4
- b) variabilità delle pratiche professionali non giustificate dalle evidenze disponibili 4
- c) disuguaglianze di processi ed esiti assistenziali 4
- d) benefici potenziali derivanti dalla produzione di RBPCA 4
- e) tipo e qualità delle evidenze disponibili 3
- f) rischio clinico elevato 4
- g) istanze sociali e bisogni percepiti dalla popolazione 4

9. Data stimata di avvio elaborazione RBPCA 01/10/2024 (solo se in progress)

10. Data stimata di sottomissione RBPCA 01/04/2025 (solo se in progress)

11. Finanziamento esterno

- Nessun finanziamento
- Finanziata (*specificare la fonte* _____)

12. Data ultima ricerca bibliografica ___/___/___ (solo RBPCA complete)