Gruppo di Studio sull'Ortogeriatria (GIOG)

L'ORTOGERIATRIA: UNA SFIDA PER IL PRESENTE, UN'OPPORTUNITÀ PER IL FUTURO

A cosa serve l'ortogeriatria? Statement della SIGG

Giulio Pioli
Dipartimento Neuromotorio
ASMN-IRCCS
Reggio Emilia

Ortogeriatria

Cosa è

- Un complesso progetto di intervento multidisciplinare orientato ad incidere sugli outcome maggiori dei soggetti anziani fratturati
- Un intervento che cerca di mettere in atto tutte le strategia che hanno prove di efficacia sul miglioramento degli outcome (implica una revisione globale dell'approccio al paziente)
- Un investimento di risorse che deve essere attentamente monitorato e valutato nel tempo.

Cosa non è

- Una consulenza geriatrica per affrontare i problemi internistici dei soggetti anziani fratturati
- Un mezzo per migliorare il lavoro in ortopedia
- Un intervento a basso costo per ridurre le degenze e favorire la dimissione dei pazienti

Linee guida di riferimento per il management della frattura di femore

BLUE BOOK 2007

SIGN 2009

ACI (Australia) 2010

NECPOD 2010

NICE 2012

AAGBI 2012

Livelli di evidenze e grado delle raccomandazioni nel management della frattura di femore

Grado delle raccomandazioni basato sui livelli di evidenza (SIGN 2001)

A

- Almeno una metanalisi o revisione sistematica o RCT di alta qualità ed applicabile alla popolazione target
- Evidenze consistenti principalmente in studi RCT a basso rischio di bias, applicabile alla popolazione target, e globalmente coerenti nei risultati

B

- Un insieme di evidenze basate su metanalisi o sistematic review di studi caso-controllo o di coorte di alta qualità a basso rischio di bias e globalmente coerenti nei risultati
- Evidenza estrapolata da studi RCT di alta qualità

C

- Un insieme di evidenze che include studi caso-controllo o di coorte a basso rischio di bias ma di qualità intermedia

D

- Case reports, serie di casi o opinioni di esperti
- Evidenze estrapolate da studi caso controllo o di coorte di buona qualità

Livelli di evidenze e grado delle raccomandazioni nel management della frattura di femore

Grado delle raccomandazioni basato sui livelli di evidenza (SIGN 2009)

A

- Evitare la trazione, profilassi antibiotica, profilassi antitrombotica, supplementazione calorica durante la riabilitazione

B

- Vantaggi del team multidisciplinare nel perioperatorio, continuità assistenziale, riabilitazione multidisciplinare, unità di riabilitaizone geriatrica per i pazienti con comorbidità, ricoagulazione con vitamina K dei pazienti in TAO, monitoraggio dei fluidi perioperatori, presidi antidecubito in DEA

C

- Precocità dell'intervento, limitazione delle indagini cardiache aggiuntive, monitoraggio perioperatorio della saturazione di O2 e supplementazione,

D

- Esperienza senior dell'anestesista, valutazione precoce già in DEA, monitoraggio dei fluidi preoperatori, controllo formale del dolore

Best practice raccomandata sulla base dell'esperienza clinica del gruppo che ha sviluppato la linea guida

√

- Rapidità del trasferimento in reparto, mobilizzazione e cammino entro 24 ore, inclusione dei desideri del paziente nel programma alla dimissione, indicazioni riguardo alla gestione del CV e prevenzione della stipsi

Livelli di evidenze negli interventi complessi

Open Access: free full text availiable online
For the full versions of these articles see bmj.com

RESEARCH METHODS & REPORTING

Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance

Peter Craig,[1] Paul Dieppe,[2] Sally Macintyre,[3] Susan Mitchie,[4] Irwin Nazareth,[5] Mark Petticrew[6]

EDITORIALS
by Anderson and Groves

[1]MRC Population Health Sciences Research Network, Glasgow G12 8RZ
[2]Nuffield Department of Orthopaedic Surgery, University of Oxford, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford OX3 7LD
[3]MRC Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow G12 8RZ
[4]Centre for Outcomes Research and Effectiveness, University College London, London WC1E 7HB
[5]MRC General Practice Research Framework, London NW1 2ND
[6]Public and Environmental Health Research Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT
Correspondence to:
P Craig
peter@sphsu.mrc.ac.uk
Accepted: 23 August 2008

Cite this as *BMJ* 2008;337:a1655
doi: 10.1136/bmj.a1655

Evaluating complex interventions is complicated. The Medical Research Council's evaluation framework (2000) brought welcome clarity to the task. Now the council has updated its guidance

Complex interventions are widely used in the health service, in public health practice, and in areas of social policy that have important health consequences, such as education, transport, and housing. They present various problems for evaluators, in addition to the practical and methodological difficulties that any successful evaluation must overcome. In 2000, the Medical Research Council (MRC) published a framework[1] to help researchers and research funders to recognise and adopt appropriate methods. The framework has been highly influential, and the accompanying *BMJ* paper is widely cited.[2] However, much valuable experience has since accumulated of both conventional and more innovative methods. This has now been incorporated in comprehensively revised and updated guidance recently released by the MRC (www.mrc.ac.uk/com-

SUMMARY POINTS

The Medical Research Council guidance for the evaluation of complex interventions has been revised and updated

The process of developing and evaluating a complex intervention has several phases, although they may not follow a linear sequence

Experimental designs are preferred to observational designs in most circumstances, but are not always practicable

Understanding processes is important but does not replace evaluation of outcomes

Complex interventions may work best if tailored to local circumstances rather than being completely standardised

Reports of studies should include a detailed description of the intervention to enable replication, evidence synthesis, and wider implementation

interventions; and greater attention to the contexts in which interventions take place. It further recommended consideration of alternatives to randomised trials, and of highly complex or non-health sector interventions to which biomedical methods may not

Definizione di standard di qualità nel management della frattura di femore

Standard di qualità: definiscono indicatori la cui attuazione garantisce che la cura sia costo-efficace e che, se ampiamente diffusi, migliori l'efficacia, la sicurezza e la percezione dell'assistenza da parte dei pazienti affetti da frattura dell'anca :

- riducendo la morte prematura dei soggetti
- migliorando la qualità di vita nelle persone con problemi di lunga durata
- favorendo il recupero dall'episodio acuto
- assicurando che il periodo di cura rappresenti un esperienza positiva per le persone
- curando ed assistendo in un ambiente sicuro e le persone non subiscano danni prevenibili

Standard di qualità nella frattura di femore

NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

2012

List of quality statements

Statement 1. People with hip fracture are offered a formal Hip Fracture Programme from admission.
Statement 2. The Hip Fracture Programme team retains a comprehensive and continuing clinical and service governance lead for all stages of the pathway of care, including the policies and criteria for both intermediate care and early upported discharge.
Statement 3. People with hip fracture have their cognitive status assessed, measured and recorded from admission.
Statement 4. People with hip fracture receive prompt and effective pain management, in a manner that takes into account the hierarchy of pain management drugs, throughout their hospital stay.
Statement 5. People with hip fracture have surgery on the day of, or the day after, admission.
Statement 6. People with hip fracture have their surgery scheduled on a planned trauma list, with consultant or senior staff supervision.
Statement 7. People with displaced intracapsular fracture receive cemented arthroplasty, with the offer of total hip replacement if clinically eligible.
Statement 8. People with trochanteric fractures above and including the lesser trochanter (AO classification types A1 and A2) receive extramedullary implants such as a sliding hip screw in preference to an intramedullary nail.
Statement 9. People with hip fracture are offered a physiotherapist assessment the day after surgery and mobilisation at least once a day unless contraindicated.
Statement 10. People with hip fracture are offered early supported discharge (if they are eligible), led by the Hip Fracture Programme team.
Statement 11. People with hip fracture are offered a multifactorial risk assessment to identify and address future falls risk, and are offered individualised intervention if appropriate.
Statement 12. People with hip fracture are offered a bone health assessment to identify future fracture risk and offered pharmacological intervention as needed before discharge from hospital.

Standard di qualità nella frattura di femore

Standards for Practice

1. Secondary prevention, anti-resorptive therapy for osteoporosis and falls assessments are effective in reducing further fragility fractures and must be an integral part of the fracture care.
2. Hip fractures should be managed by a multidisciplinary team including orthogeriatricians, orthopaedic surgeons, anaesthetists, nursing and allied health professionals with expertise appropriate for these frail patients.
3. Patients who cannot weight-bear and who may have a hip fracture should be offered magnetic resonance imaging (MRI) if anteroposterior pelvis and lateral hip X-rays are negative; if MRI is not available within 24 hours or is contraindicated, consider computed tomography.
4. Assess the patient's pain and offer immediate analgesia on presentation at hospital and regularly as part of routine nursing observations throughout admission, including patients with cognitive impairment. Ensure analgesia is sufficient to allow movements necessary for investigations and for nursing care and rehabilitation.
5. Identify and treat correctable co-morbidities immediately so that surgery is not delayed. Intravenous fluids should be administered and appropriate blood tests undertaken. Preoperative assessment should follow local protocols including for those presenting on anticoagulants.
6. Perform hip fracture surgery on the day of, or the day after, admission on a planned trauma list. Consultants or senior staff should supervise trainee and junior members of the anaesthesia, surgical and theatre teams when they carry out hip fracture procedures.
7. Operate on patients with the aim to allow them to fully weight bear (without restriction) in the immediate postoperative period. Offer patients' mobilisation with a physiotherapist at least once a day and assessment on the day after surgery.
8. From admission, offer patients a formal, acute, orthogeriatric or orthopaedic ward-based Hip Fracture Programme that includes orthogeriatric assessment, rapid optimisation of fitness for surgery, early identification of individual goals for multidisciplinary rehabilitation to recover mobility and independence, and to facilitate return to pre-fracture residence and long-term wellbeing.
9. Assess patient's risk of delirium and dementia by actively looking for cognitive impairment when patients first present with hip fracture and perform regular re-assessment.
10. If a hip fracture complicates or precipitates a terminal illness, the multidisciplinary team should still consider the role of surgery as part of the palliative care.
11. Patients should be assessed and treated for their risk of venous thromboembolism and pressure sores.
12. Offer patients (or, as appropriate, their carer and/or family) verbal and printed information about treatment, care and rehabilitation.
13. Each hospital should submit data to the National Hip Fracture Database to monitor its performance against national benchmarks and quality standards.

BOAST 1 Version 2

January 2012

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

"La gestione del paziente anziano con frattura di femore"

Position Statement del Gruppo Italiano di Ortogeriatria (GIOG). Indirizzi di riferimento a nome congiunto della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

Obiettivo del documento

Fornire **linee di indirizzo** per la creazione di efficaci modelli di gestione del paziente anziano con frattura di femore attraverso l'identificazioni dei **requisiti di un modello ortogeriatrico** e la **definizione di uno standard** per l'ortogeriatria applicabile in Italia

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

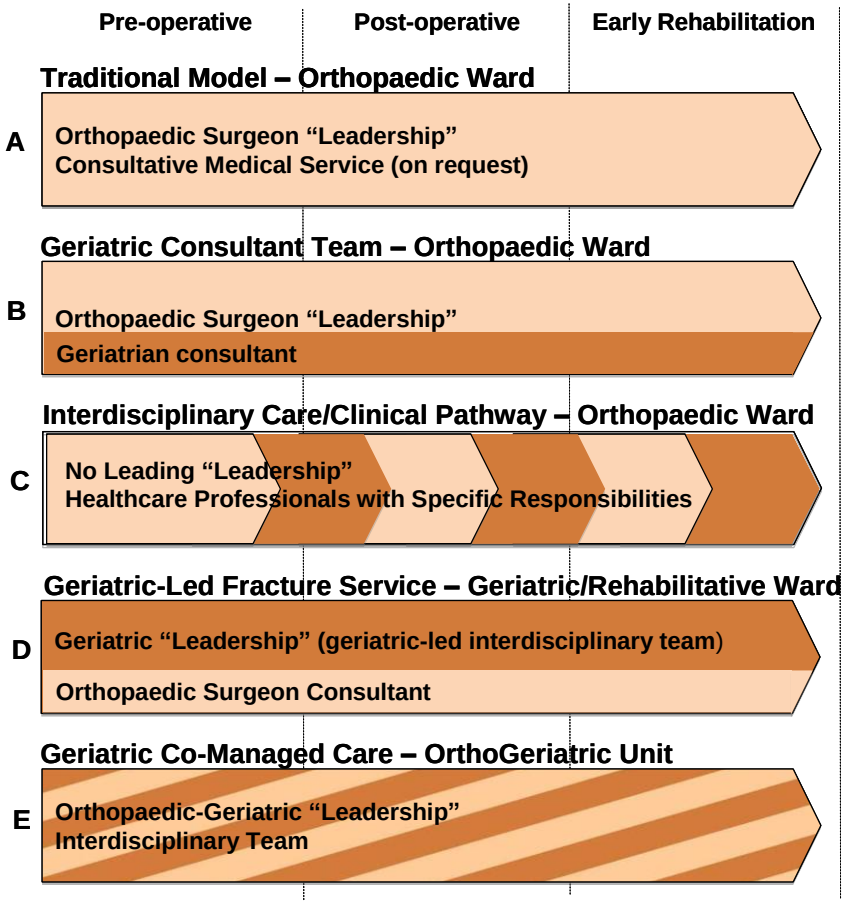
ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisiti di un modello di intervento ortogeriatrico

Requisito	Standard dell'intervento
Responsabilità gestionale	• Cogestione ortopedico-geriatrica • Team multidisciplinare nelle varie fasi del percorso
Profilo e compiti dell'ortogeriatra	• Esperienza comprovata nella valutazione multidimensionale e nella gestione del paziente anziano acuto, con particolari competenze sulle sindromi geriatriche • Esperienza comprovata nella gestione dei problemi medici perioperatori e del delirium • Esperienza comprovata nella capacità di formulare una prognosi quoad vitam e quoad valetudinem e nel pianificare la prevenzione delle complicanze in base ai profili di rischio dei pazienti • Esperienza nella diagnosi e nel trattamento della patologia osteoporotica
Standardizzazione della comunicazione	• Descrizione delle procedure comunicate dei diversi professionisti • Definizione delle modalità di visita, breefing e meeting
Standardizzazione dell'intervento	• Sviluppo di protocolli condivisi basati sulle evidenze disponibili sui principali aspetti del perioperatorio
Rapidità di intervento chirurgico	• Riduzione del trattamento conservativo al di sotto del 4% dei pazienti e con scelta condivisa dal team multidisciplinare • Condivisione di protocolli di ottimizzazione preoperatoria con anestesisisti ed ortopedici in base ai criteri dell'"urgenza differita" • Predisposizione di interventi organizzativi per evitare ritardi di intervento dovuti a fattori sistemici
Precocità nella mobilizzazione	• Intervento chirurgico orientato alla possibilità di carico completo immediato • Condivisione di protocolli di riabilitazione precoce con ortopedici, fisiatri/fisioterapisti • Realizzazione di protocolli per il trattamento del dolore, dell'anemia, prevenzione di ipovolemia postoperatoria e prevenzione e trattamento del delirium
Continuità assitenziale	• Discharge planning interdisciplinare precoce • Accesso all'intervento riabilitativo intra ed extraospedaliero secondo un piano di trattamento multidisciplinare, appropriato per tipologia ed intensità, in base alle potenzialità e alle condizioni prefrattura indipendentemente dal livello cognitivo, dalla sede di provenienza e dall'età del paziente.
Programma di prevenzione secondaria	• Valutazione in ogni paziente della patologia osteometabolica e del trattamento farmacologico indicato • Valutazione del rischio di caduta e definizione di un piano preventivo

Requisito 1

Responsabilità gestionale	• Cogestione ortopedico-geriatrica • Team multidisciplinare nelle varie fasi del percorso



Lieve riduzione della degenza, nessun effetto su outcome maggiori

Riduzione della degenza e delle complicanze, risultati non omogenei su mortalità e stato funzionale

Riduzione delle complicanze e della mortalità ma solo pochi studi disponibili

Riduzione della degenze, delle complicanze, della mortalità a breve e lungo termine e dei costi

Giusti et al Eur J Phys Rehabil Med 20110

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 2

Profilo e compiti dell'ortogeriatra	• Esperienza comprovata nella valutazione multidimensionale e nella gestione del paziente anziano acuto, con particolari competenze sulle sindromi geriatriche • Esperienza comprovata nella gestione dei problemi medici perioperatori e del delirium • Esperienza comprovata nella capacità di formulare una prognosi quoad vitam e quoad valetudinem e nel pianificare la prevenzione delle complicanze in base ai profili di rischio dei pazienti • Esperienza nella diagnosi e nel trattamento della patologia osteoporotica

Senior level of supervision required

THE ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS of Great Britain & Ireland

Management of proximal femoral fractures 2011
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

NHS National Institute for Clinical Excellence

Hip fracture
The management of hip fracture in adults 2011

Strong physician leadership from a committed surgeon and geriatrician is perhaps the most essential element for success. Without strong leadership, such an effort will ultimately fail

Co-managed care for fragility hip fractures (Rochester model)

S. L. Kates · D. A. Mendelson · S. M. Friedman

Osteoporos Int (2010)

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 3

Standardizzazione comunicazione	• Descrizione delle procedure comunicate dei diversi professionisti • Definizione delle modalità di visita, breefing e meeting

Multidisciplinary trauma meetings

Daily multidisciplinary trauma meetings, convened before the start of operating lists, offer excellent opportunities to communicate issues relating to recent admissions and to plan operative lists and equipment required for the day/next day, as well as providing regular teaching and feedback. Trauma meetings may involve the same staff as above, including their trainees. Members of the trauma team may change on a daily basis, so handover of information is a key element. Communication of clinical information should always involve accurate documentation in patients' notes in addition to verbal handover.

THE ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS of Great Britain & Ireland

Management of proximal femoral fractures 2011
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 4

Standardizzazione dell'intervento

- Sviluppo di protocolli condivisi basati sulle evidenze disponibili sui principali aspetti del perioperatorio

Protocollo	Sviluppo / fattibilità (1)	Uso risorse (2)	Evidenze di efficacia (3)	Diffusione (4)
Delirium	complesso	alto	valide	limitata
Dolore	complesso	basso	valide	ampia
Incontinenza	semplice	basso/medio	dati scarsi	parziale
Nutrizione	complesso	alto	valide	limitata
Anemia - trasfusioni	semplice	basso	controverse	parziale
Ossigenazione	semplice	basso	dati scarsi	parziale
Profilassi TVP/TEP	semplice	basso	valide	ampia
Profilassi antibiotica	semplice	basso	valide	ampia
Idratazione	complesso	basso	dati scarsi	parziale
Skin care	semplice	alto	valide	ampia
Stipsi	semplice	basso	dati scarsi	parziale
Riabilitazione precoce	complesso	medio	dati scarsi	parziale

1.Sviluppo/fattibilità definite in base al numero delle figure professionali coinvolte
2.Classificati in base alle risorse utilizzate espresse come tempo degli operatori necessario alla implementazione
3.In base alla qualità degli studi ed alla coerenza dei dati disponibili
4.Diffusione del protocollo nei vari centri italiani derivata da survey su campione (limitata = presente in pochi centri; parziale= generalmente presente ma in forma incompleta; ampia = presente in quasi tutti i centri)

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

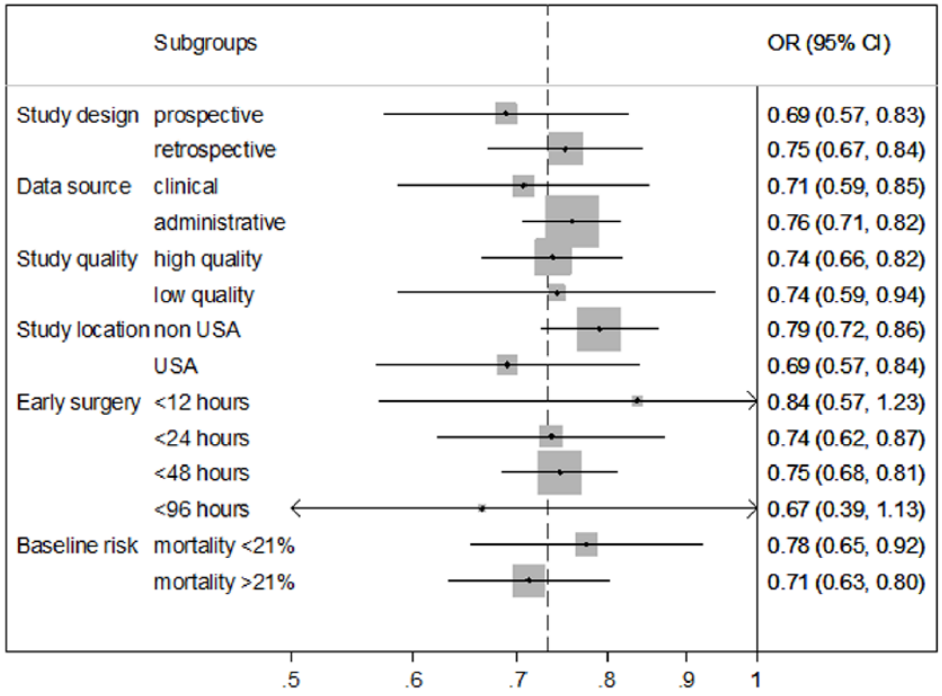
GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 5

Rapidità di intervento chirurgico

- Riduzione del trattamento conservativo al di sotto del 4% dei pazienti e con scelta condivisa dal team multidisciplinare
- Condivisione di protocolli di ottimizzazione preoperatoria con anestesisisti ed ortopedici in base ai criteri dell'"urgenza differita"
- Predisposizione di interventi organizzativi per evitare ritardi di intervento dovuti a fattori sistemici



Metanalisi
35 independent studies
191,873 participants
34,448 deaths

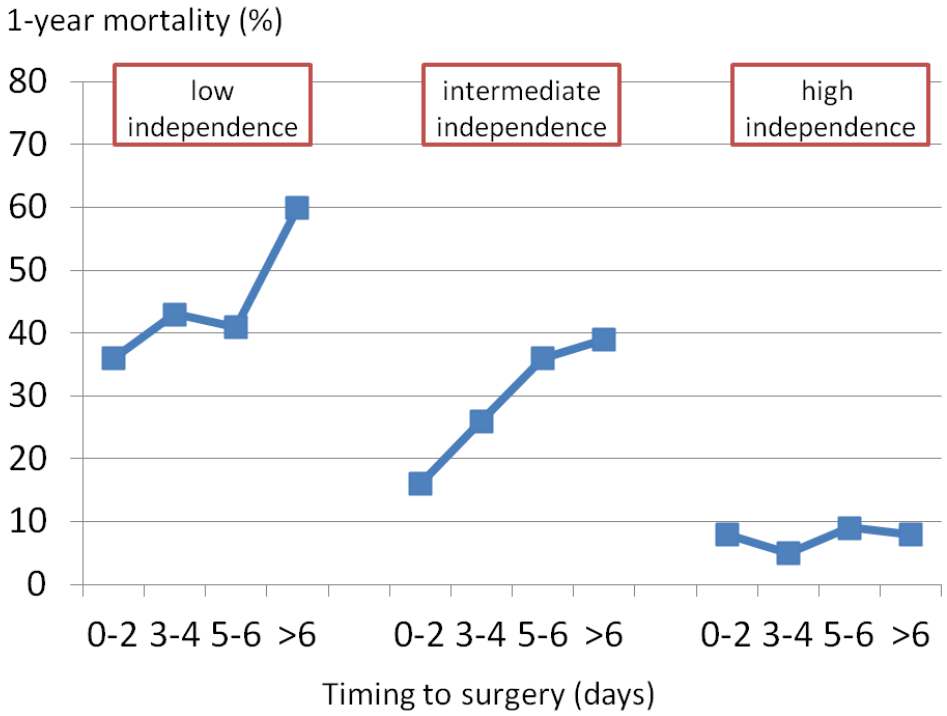
Programma Nazionale Valutazione Esiti
Obiettivo Ministero della Salute

80% entro 48 ore.

Moja et al PLOS ONE 2012

Requisito 5

Rapidità di intervento chirurgico	• Riduzione del trattamento conservativo al di sotto del 4% dei pazienti e con scelta condivisa dal team multidisciplinare • Condivisione di protocolli di ottimizzazione preoperatoria con anestesisisti ed ortopedici in base ai criteri dell'"urgenza differita" • Predisposizione di interventi organizzativi per evitare ritardi di intervento dovuti a fattori sistemici



Ricerca multicentrica Regione Emilia Romagna
Prospective inception multicenter cohort study
806 pazienti, età media 86 anni (24% maschi)

Pioli et al. J Gerontol Med Sci 2012

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 5

Rapidità di intervento chirurgico	• Riduzione del trattamento conservativo al di sotto del 4% dei pazienti e con scelta condivisa dal team multidisciplinare • Condivisione di protocolli di ottimizzazione preoperatoria con anestesisisti ed ortopedici in base ai criteri dell'"urgenza differita" • Predisposizione di interventi organizzativi per evitare ritardi di intervento dovuti a fattori sistemici

Cause segnalate di ritardo operatorio maggiore di 24-48 ore

Cause mediche

- Instabilità clinica
- Esecuzione di indagini diagnostiche
- Uso di anticoagulanti e antiaggreganti

Cause organizzative

- Assenza di sale operatorie disponibili
- Assenza di staff disponibile (chirurghi, anestesisti, altro)
- Programmazione settimanale che esclude il week end
- Altre (non disponibilità di sangue, mancanza del consenso etc)

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 6

Precocità nella mobilizzazione

- Intervento chirurgico orientato alla possibilità di carico completo immediato
- Condivisione di protocolli di riabilitazione precoce con ortopedici, fisiatri/fisioterapisti
- Realizzazione di protocolli per il trattamento del dolore, dell'anemia, prevenzione di ipovolemia postoperatoria e prevenzione e trattamento del delirium

	disegno	campione	risultato
Kamel, 2003	retrospettivo	131 (età media 83 aa)	Incremento del rischio di complicanze (soprattutto delirium e polmonite) per i soggetti che deambulano dopo il primo giorno postoperatorio
Foss, 2006	Coorte prospettico	426 (età media 82 aa)	Outcome (complicanze, mortalità, degenza) correlati ad un score funzionale sui primi 3 giorni postoperatori che prevede la deambulazione il più precocemente possbile
Oldmeadow, 2006	RCT (1-2 gg vs 3-4 gg)	60 (età media 79 aa)	Maggiore probabilità di dimisisone a domicilio e minor bisogno assistenziale ad 1 settimana
Siu, 2006	Coorte prospettico	532 (età media 83 aa)	I pazienti con minore immobilità (10 percentile) hanno una minor mortalità e disabilità a 6 mesi. Effetto più forte se presente iniziale compromissione prefrattura.
Kimmel, 2012	RCT (1 g vs 2 gg)	104 (età media 42 aa)	Riduzione della degenza
Pioli, 2012	coorte prospettico	556 (età media 86 aa)	La deambulazione entro 3 giorni dall'intervento aumenta di 2,5 volte la probabilità di cammino autonomo a 6 mesi

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 6

Precocità nella mobilizzazione	• Intervento chirurgico orientato alla possibilità di carico completo immediato • Condivisione di protocolli di riabilitazione precoce con ortopedici, fisiatri/fisioterapisti • Realizzazione di protocolli per il trattamento del dolore, dell'anemia, prevenzione di ipovolemia postoperatoria e prevenzione e trattamento del delirium

A meno di controindicazioni mediche o chirurgiche , la deambulazione e la riabilitazione multidisciplinare dovrebbero iniziare il girono successivo all'intervento chirurgico

NHS National Institute for Clinical Excellence

Hip fracture
The management of hip fracture in adults 2011

Scottish Intercollegiate Guidelines Network
56 Prevention and Management of Hip Fracture in Older People
A national clinical guideline

The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland

Management of proximal femoral fractures 2011
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 7

Continuità assitenziale	• Discharge planning interdisciplinare precoce • Accesso all'intervento riabilitativo intra ed extraospedaliero secondo un piano di trattamento multidisciplinare, appropriato per tipologia ed intensità, in base alle potenzialità e alle condizioni prefrattura indipendentemente dal livello cognitivo, dalla sede di provenienza e dall'età del paziente.

Rehabilitation in Patients with Dementia Following Hip Fracture: A Systematic Review

Jennifer Allen, Adriana Koziak, Sarah Buddingh, Jieyun Liang, Jeanette Buckingham, Lauren A. Beaupre, **Physiotherapy Canada 2012**

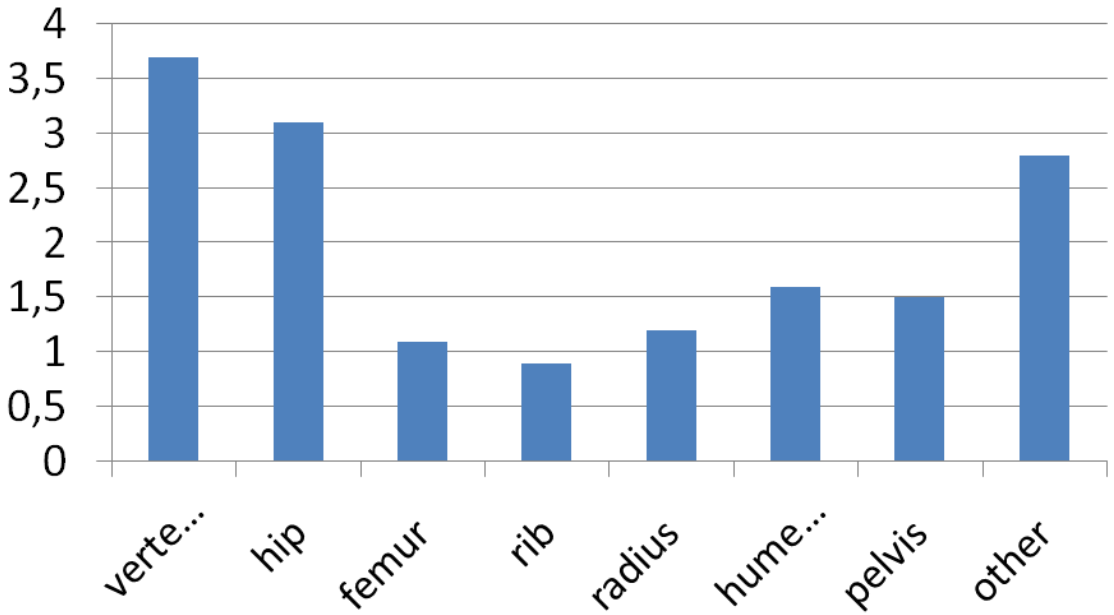
Conclusions: People with mild or moderate dementia may show improved function and ambulation and decreased fall risk after rehabilitation post hip fracture, similar to gains achieved by those without dementia. More research is required to ascertain the effect of rehabilitation in people with moderate to severe dementia, including those residing in continuing-care settings.

Requisito 8

Programma di prevenzione secondaria	• Valutazione in ogni paziente della patologia osteometabolica e del trattamento farmacologico indicato • Valutazione del rischio di caduta e definizione di un piano preventivo

Recurrent Fracture after Hip Fracture

1062 patients, 76% women, mean age 75,
mean follow-up 1.9 years. New fractures in 13.1%



Modificato da Colon-Emeric et. Calcif Tissue Int 2011

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Requisito 8

Programma di prevenzione secondaria	• Valutazione in ogni paziente della patologia osteometabolica e del trattamento farmacologico indicato • Valutazione del rischio di caduta e definizione di un piano preventivo

Falls Outcomes in the 12 Months After Hip Fracture

178 patients, 72% women, mean age 81

Total number of falls	227
Time to first fall (d)	154 ± 115
Fall rate per person-year*	1.0 (0–2.0)
Nonfallers, *n* (%)	79 (44)
Fallers, *n* (%)	99 (56)
Single fallers	49 (28)
Recurrent fallers	50 (28)
Injurious fallers, *n* (%)†	53 (30)
Persons sustaining a fall-related soft-tissue injury, *n* (%)‡	43 (24)
Persons admitted to hospital following a fall, *n* (%)	23 (13)
Persons sustaining a fall-related fracture, *n* (%)	21 (12)
Persons sustaining a fall-related hip fracture, *n* (%)§	9 (5)

Lloyd c et Journal of Gerontology 2009

Per concludere

The quality standard for hip fracture requires that services should be commissioned from and coordinated across all relevant agencies encompassing the whole hip fracture care pathway. An integrated approach to provision of services is fundamental to the delivery of high quality care to people with hip fracture

Quality standard for hip Fracture. **NICE 2012**

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Documento del Gruppo Italiano di Ortogeriatria (GIOG)
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Presidente G. Paolisso)
Associazione Italiana di Psicogeriatria (Presidente M. Trabucchi)

A cura di G. Pioli, A. Barone, C. Mussi

Revisionato: G. Bellelli, P. Falaschi

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

GIOG

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

GRUPPO ITALIANO ORTOGERIATRIA (GIOG)

Coordinators: G. Bellelli, P. Falaschi

Alimenti Mario Roma	Cirillo Giulio Forlì	Martini Emilio Bologna
Annoni Giorgio Monza	Cotroneo Antonino Torino	Marzetti Emanuele Roma
Antonelli Incalzi Raffaele Roma	Coveri Maura Bologna	Mitidieri Costanza Prato
Anzivino Fernando Bologna	Cursi Flavio Roma	Mussi Chiara Modena e RE
Balotta Antonio Cesena	D'Amico FerdinandoPatti (ME)	Nardelli Anna Parma
Barbagallo Mario Palermo	Davoli Maria Luisa Reggio Emilia	Noro Gabriele Trento
Barone Antonella Genova	De Alfieri Walter Grosseto	Odetti Patrizio Genova
Bellamoli Claudio Verona	De Filippi Francesco Sondrio	Pagani Marco Rozzano MI
Bellelli Giuseppe Monza	Desideri Giovambattista L'Aquila	Palummeri Ernesto Genova
Benvenuti Enrico Firenze	Di Bella Giovanna Palermo	Pellicciotti Francesca Reggio Emilia
Bernardini Bruno Rozzano MI	Di Monaco Marco Torino	Pioli Giulio Reggio Emilia
Bianchetti Angelo Brescia	Dominguez Ligia Juliana Palermo	Pula Beatrice Rimini
Bianchi Claudio Novi Ligure	Falaschi Paolo Roma	Raffaele Angelo Avezzano
Bolognesi Anna Giuliana Piacenza	Ferrari Alberto Reggio Emilia	Recchi Domenico Trento
Bonino Paolo Aosta	Girardello Renzo Rovereto (TN)	Romanelli Giuseppe Brescia
Boscaro StefaniaVicenza	Giusti Andrea Genova	Ruggiero Carmelinda Perugia
Boschi FedericaForlì	Greco Antonio S.Giovanni R (FG)	Solinas Antonella Cagliari
Brugiolo Roberto Mestre	Isaia Giancarlo Torino	Sterzi Paolo Cles (TN)
Calabrò Massimo Treviso	Lunardelli Maria Lia Bologna	Tafaro Laura Roma
Camin Marco Trento	Magnolfi Stefano Prato	Toigo Gabriele Trieste
Cappa Giorgietta Cuneo	March Albert Bolzano	Ungar Andrea Firenze
Catte Olga Cagliari	Marchionni Niccolò Firenze	Valentini Maurizio Roma
Cavagnaro Paolo Chiavari	Marengoni Alessandra Brescia	Zagatti AnnaMaria Ferrara
Cecchi Francesca Firenze	Mari Daniela Milano	Zurlo Amedeo Ferrara