



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

FFN

Fragility Fracture Network
of the Bone and Joint Decade



Il Percorso Ortogeriatrico: L'esperienza Italiana

David Marsh

Emeritus Professor of Orthopaedics, University College London

General Secretary of the Fragility Fracture Network

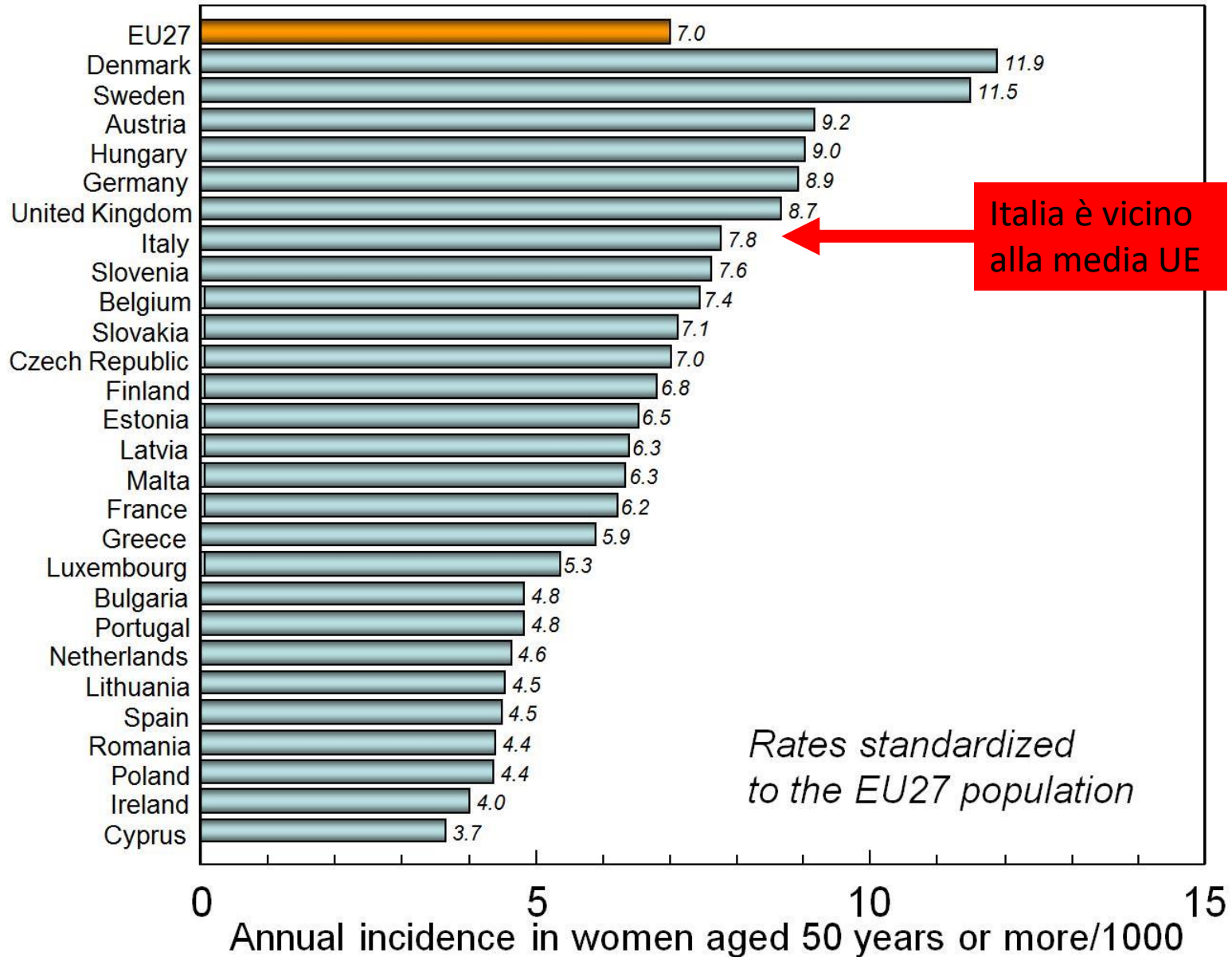
Agenda

- La sfida del numero crescente di fratture da fragilità in Italia
- Il doppio messaggio del FFN
 - Cogestione multidisciplinare della frattura acute
 - Prevenzione secondaria dopo ognuna frattura da fragilità
- La mancanza del collegamento fra geriatria ed ortopedia
 - Servizi ortopedico-geriatrici in Italia finora
 - C'è bisogno di un FFN-Italia?

Tutte le fratture da fragilità sono importanti

- Ma la frattura dell'anca è quella chiave
 - la frattura severa più diffusa
 - ben conosciuta da politici e manager
 - migliore livello di evidenza a livello internazionale
 - Epidemiologia
 - Prevenzione
 - Trattamento

Incidenza delle fratture dell'anca nelle donne in UE



Italia è vicino alla media UE

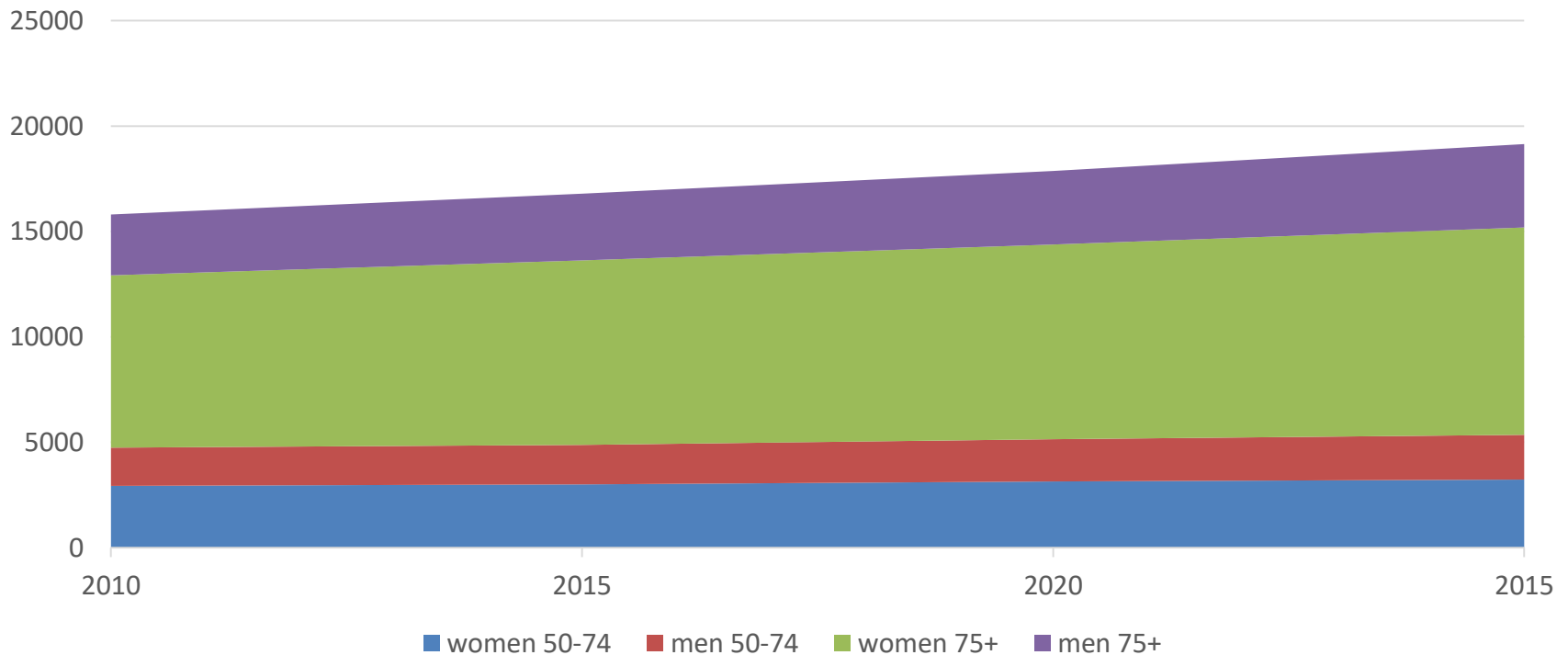
Previsioni demografiche in Italia



	2015	2065
popolazione di ≥ 65 anni	21,7%	32,6%
popolazione di ≥ 85 anni	3,2%	10%
Speranza di vita della donne (anni)	85	91,5
Speranza di vita degli uomini (anni)	80,3	86,6
Speranza di vita a 65 anni della donne (anni)	22,3	27,6
Speranza di vita a 65 anni degli uomini (anni)	18,9	23,5



2010 - 2025: incremento del 21% soprattutto negli ultra-75enni



Svedbom A et al (2013). Epidemiology and Economic Burden of Osteoporosis in Italy. Arch Osteoporos 8:137

Epidemiological Burden of Postmenopausal Osteoporosis in Italy from 2010 to 2020: Estimations from a Disease Model

**P. Piscitelli · M. Brandi · H. Cawston ·
A. Gauthier · J. A. Kanis · J. Compston ·
F. Borgström · C. Cooper · E. McCloskey**

- **Periodo 2010 - 2020:**
 - Anca # + 22%
 - Vert # + 17%
 - Altre # + 16%



Contents lists available at ScienceDirect

Injury

journal homepage: www.elsevier.com/locate/injury



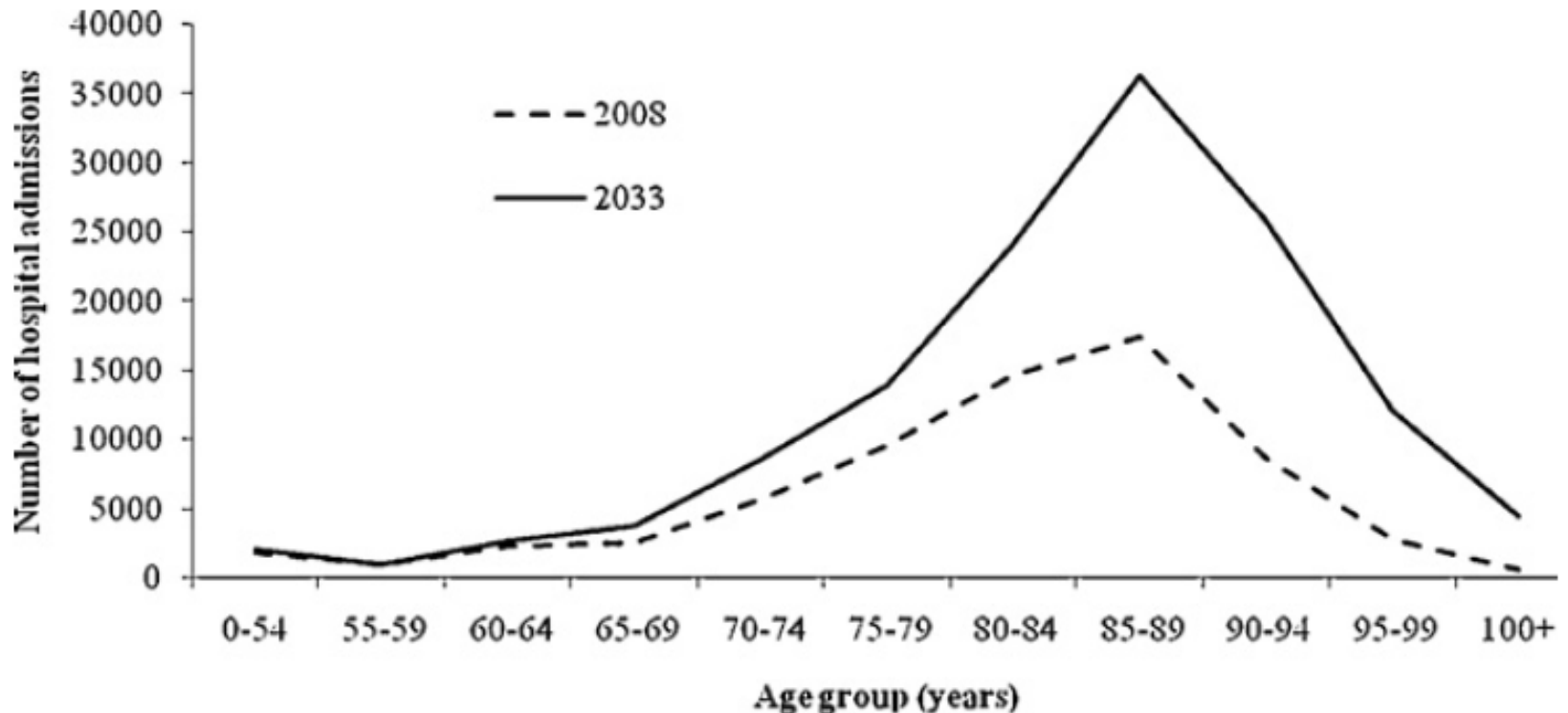
Projected incidence of proximal femoral fracture in England: A report from the NHS Hip Fracture Anaesthesia Network (HIPFAN)

S.M. White^{a,*}, R. Griffiths^b

^aBrighton and Sussex University Hospitals NHS Trust, Eastern Road, Brighton, East Sussex, BN2 5BE, United Kingdom

^bPeterborough & Stamford Hospitals, Thorpe Rd, Peterborough, PE3 6DA, United Kingdom

Assumendo una riduzione annuale dello 0.43% età-specifica



Un'emergenza epidemiologica

- L'invecchiamento della popolazione porterà all'aumento massivo nelle fratture dell'anca nei prossimi 20-30 anni
 - In Europa e USA: 2X casi
 - In Asia e Sud America – fino al 6X
- I sistemi attuali non saranno in grado di gestirlo
- ***Se non verrà affrontato***

Cosa possiamo fare?

- Prevenire al maggior numero possibile delle fratture dell'anca
 - Tramite la prevenzione secondaria dopo ogni frattura da fragilità
- Gestire i pazienti, che hanno subito una frattura dell'anca, nel modo miglior ed economicamente più vantaggioso
 - Gestione multidisciplinare del episodio acuto

Questi principi sono incorporati nella visione, nella missione e negli obiettivi della FFN

Il bisogno di multidisciplinarietà nella gestione medica del paziente con frattura

- In ospedale, i pazienti anziani con frattura dell'anca sono tra i più complicati dal punto di vista medico, a causa di comorbidità frequenti
 - Una valutazione difficile: equilibrio tra ottimizzazione medica e chirurgia immediata
- I giovani specializzandi chirurgici non sono le persone più competenti per fare questa valutazione
- Questi pazienti necessitano dell'esperienza di medici competenti nella gestione dei pazienti anziani
 - Nella fase pre- e peri-operatoria – non solo per la riabilitazione

Competenze geriatriche che servono ai pazienti anziani con fratture da fragilità

- Approccio olistico:
 - Competenza medica multi-sistema
 - Psico-sociale, oltre che medica
 - Comprensione della **fragilità** (frailty)
 - Perdita della capacità di compensazione fisiologica
 - Sarcopenia
 - Riabilitazione e programmazione della dimissione

Passo decisivo nel Regno Unito

- 2007
Alleanza tra ortopedia e geriatria
– Clinica e politica
- Memorandum d'Intesa formale
tra BOA e BGS



 **BGS**
Editor: David Beaumont

Issue 13
October 2007
ISSN 1744-2513

news letter

Our historic alliance with the world of orthopaedics

The BGS has established an exciting new collaboration with the British Orthopaedic Association, with the shared aim of improving the clinical care of patients with fragility fractures and promoting effective secondary prevention to reduce future falls and fractures.

Sponsored by the BGS and BGS, it has also been endorsed by the Age Anaesthetics Association, the National Osteoporosis Society, the Faculty of Public Health, the RCN, the Society for Endocrinology, the Forum of the Royal College of Surgeons and the Specialist Surgical Association of Great Britain and Ireland - a vital demonstration of multidisciplinary commitment to improving hip fracture care. The Blue Book offers a foundation for joint making and clinical governance activities that can build on the success of two BGS/BOA national joint "Functional Courses" for trainees and consultants held in 2006 and 2007, with a third now planned for 2008 (see last Summer's Fragility Fractures Course at www.moh.nhs.uk/education/)

Building on the strategy are the two key initiatives, the Blue Book and the Care of Patients with Fragility Fractures and the National Hip Fracture Database, which were jointly launched with widespread TV, radio and print coverage on a September 19th.



Blue Book
The second edition, totally rewritten and updated, replaces a 1st edition published several years ago and is now an authoritative evidence-based clinical practice guide for the multidisciplinary team, and includes a set of six specific clinical practice standards. Guest editors: Optimal Surgery, Anony Johnson and Colin Curtis contributed greatly to the Blue Book's multidisciplinary writing group, with Colin Curtis as its editor. It can be downloaded as a pdf file from www.boa.ac.uk/ or from www.nhfd.co.uk/.

National Hip Fracture Database
(NHFD, www.nhfd.co.uk/)
This joint BGS-BGS venture is entirely complementary to the Blue Book. It has involved the creation of an ongoing web-based database of key care standards, process and outcome indicators to monitor and improve the clinical care of hip fracture patients by enabling units to measure the care they provide against the six standards set out in the Blue Book. It has been developed from several existing audits, including the Scottish Hip Fracture Audit, which has been established for several years and has now galvanised the Scottish government into setting explicit

President: Prof Peter Cawley President Elect: Prof Graham Murray
Honorary Secretaries: Dr David Beaumont and Dr David Clark Managing Secretary: Dr Richard Vowles
Honorary Treasurer: Dr Tom Smith and Dr David Cohen Chief Executive: Mrs Sue Sub Editor: Rose Attie

for better health in old age

La British Geriatrics Society ha stabilito una nuova ed entusiasmante collaborazione con la British Orthopaedic Association, con l'obiettivo comune di migliorare la degenza del paziente con frattura da fragilità e promuovere un'efficace prevenzione secondaria per ridurre cadute e fratture nel futuro.

Dall'Aprile 2010 in poi

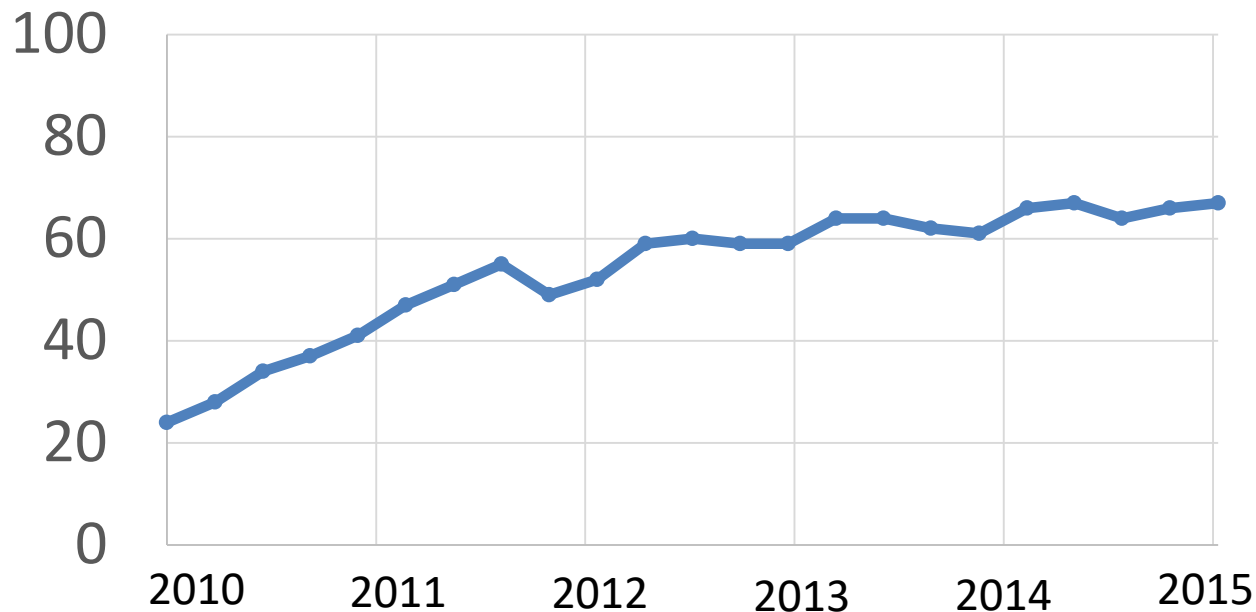
- Introduzione della Best Practice Tariff (BPT)
- Pagamento di un premio economico per ogni paziente con frattura dell'anca che riceve in ospedale :
 - Chirurgia entro 36 ore dal ricovero
 - Cogestione ortogeriatrica dal momento del ricovero
 - Prevenzione secondaria

2010	Eligible hospitals	Hospitals (%) achieving BPT	Number of pts submitted	Patients (%) achieving BPT
Qtr 2	162	92(57%)	9455	2303(24%)
Qtr 3	165	105(64%)	11839	3328(28%)
Qtr 4	163	111(68%)	13136	4502(34%)
2011				
Qtr 1	167	119 (71%)	12680	4671 (37%)
Qtr 2	170	131 (77%)	13578	5508 (41%)
Qtr 3	166	135 (81%)	13212	6169 (47%)
Qtr 4	166	140 (84%)	14145	7207 (51%)
2012				
Qtr 1	168	147(88%)	14315	7837 (55%)
Qtr 2	166	148 (89%)	13971	6815 (49%)
Qtr 3	166	150 (90%)	13744	7167 (52%)
Qtr 4	166	155 (93%)	14218	8413 (59%)
2013				
Qtr 1	166	156 (94%)	14662	8748 (60%)
Qtr 2	166	160 (96%)	15076	8929 (59%)
Qtr 3	166	160 (96%)	14259	8377 (59%)
Qtr 4	164	160 (98%)	14856	9529 (64%)
2014				
Qtr 1	163	162 (99%)	14908	9601 (64%)
Qtr 2	162	160 (99%)	14292	8890 (62%)
Qtr 3	161	157 (98%)	13751	8405 (61%)
Qtr 4	161	159 (99%)	15008	9870 (66%)
2015				
Qtr 1	160	158 (99%)	15305	10246 (67%)
Qtr 2	160	158 (99%)	15143	9617 (64%)
Qtr 3	159	159 (100%)	14604	9580 (66%)
Qtr 4	159	159 (100%)	14919	10026 (67%)

Tutte le fratture dell'anca in Inghilterra, Galles e Irlanda del Nord

Proporzione di pazienti che hanno ricevuto cure di alta qualità è aumentata dal 24% al 66% in 5 anni e ai è mantenuta

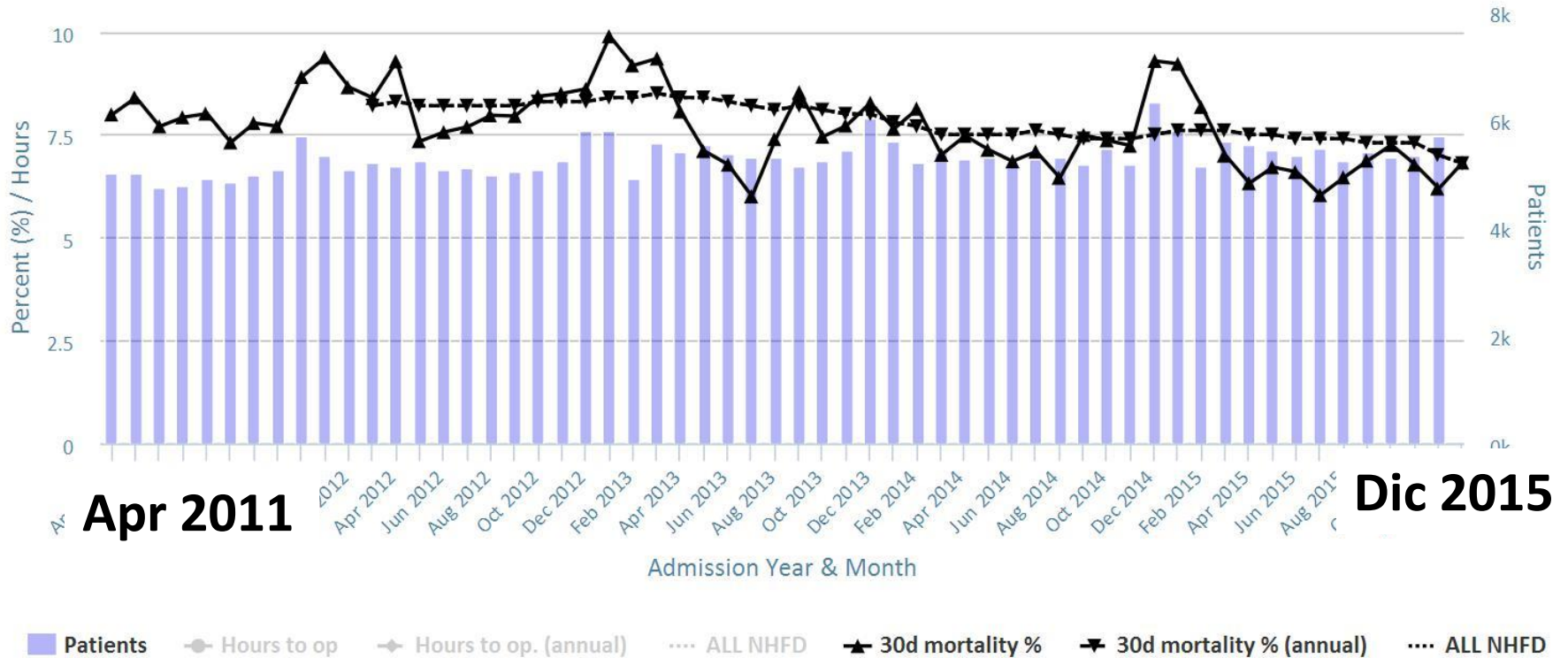
% pazienti che ricevono cura di alta qualità



~330,000 pazienti – cambio su vasta scala



Mortalità a 30 gg Tutti gli ospedali del Regno Unito (meno la Scozia)



media a 12 mesi: è scesa dall'8,5% nel 2011 – al 6,5% nel 2015.
1000 morti in meno all'anno

Cogestione ortopedica-geriatrica dell'episodio acuto

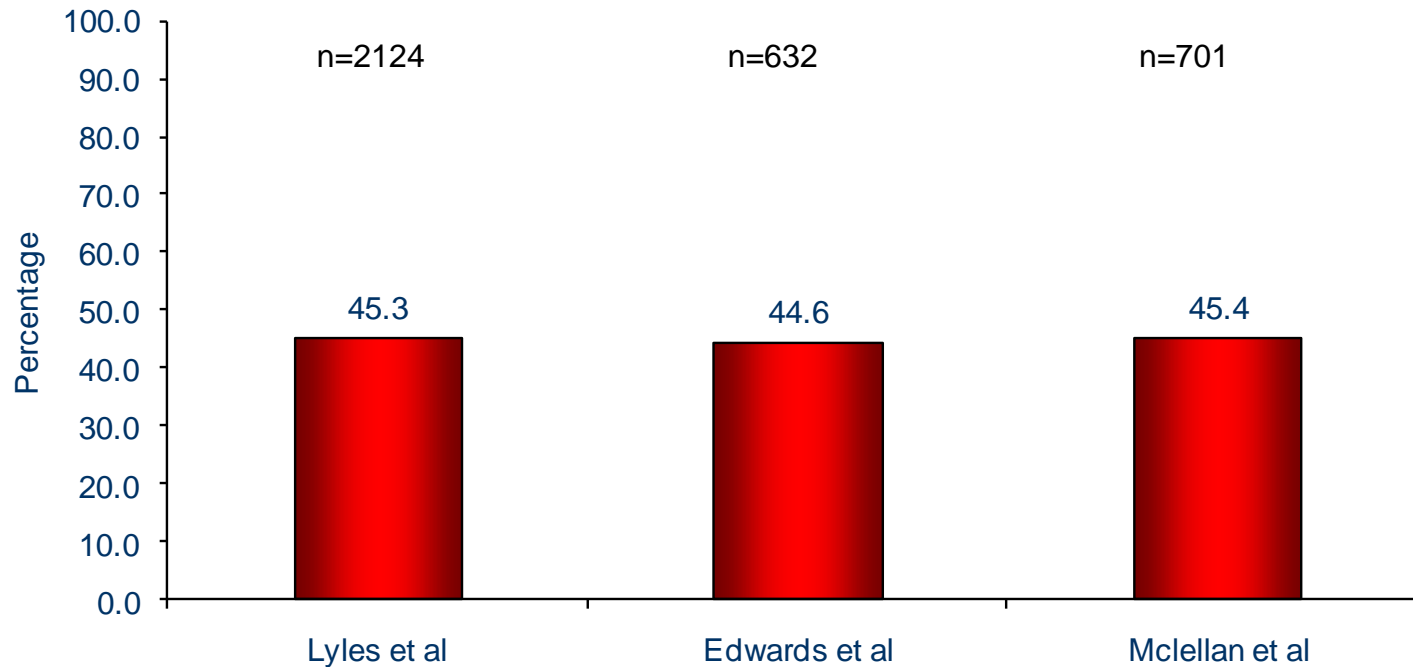
- Dà al paziente una migliore qualità della cura con risultati migliori
- Risparmia denaro permettendo
 - Un uso più efficiente delle risorse
 - Un minor numero di riammissioni

**Trattare bene le fratture da fragilità è
più economico che trattarle male**

Prevenzione secondaria

- Prevenzione secondaria è più vantaggiosa dal punto di vista economico della primaria

Prevalenza di fratture precedenti tra i pazienti che si presentano con frattura dell'anca

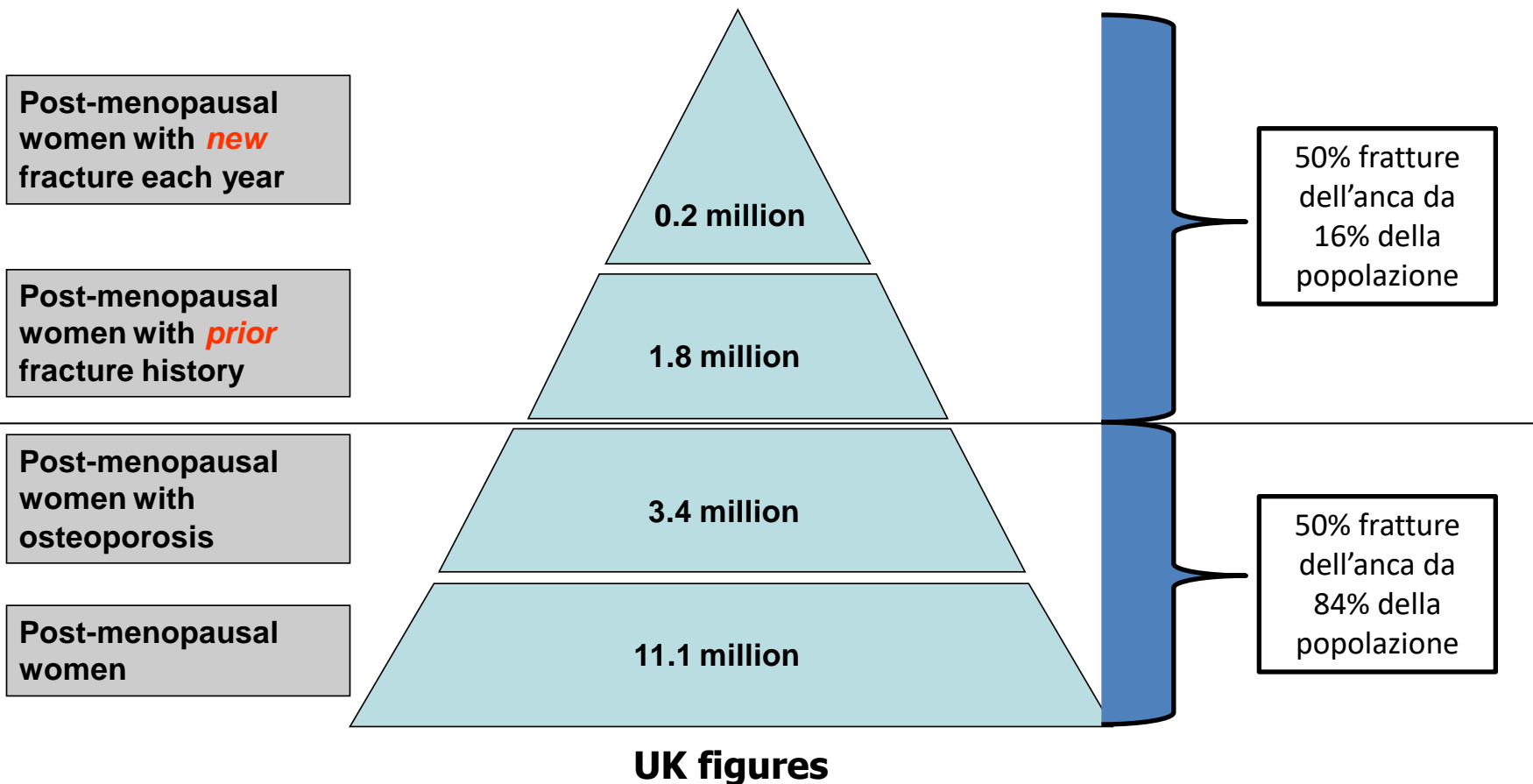


Lyles KW et al. The Horizon Recurrent Clinical Fracture after Recent Hip Fracture Trial (RFT) Study Cohort Description. ASBMR 2006

Edwards, B. J. et al (2007) Prior Fractures Are Common in Patients With Subsequent Hip Fractures. Clinical Orthopaedics & Related Research, 461, 226-230

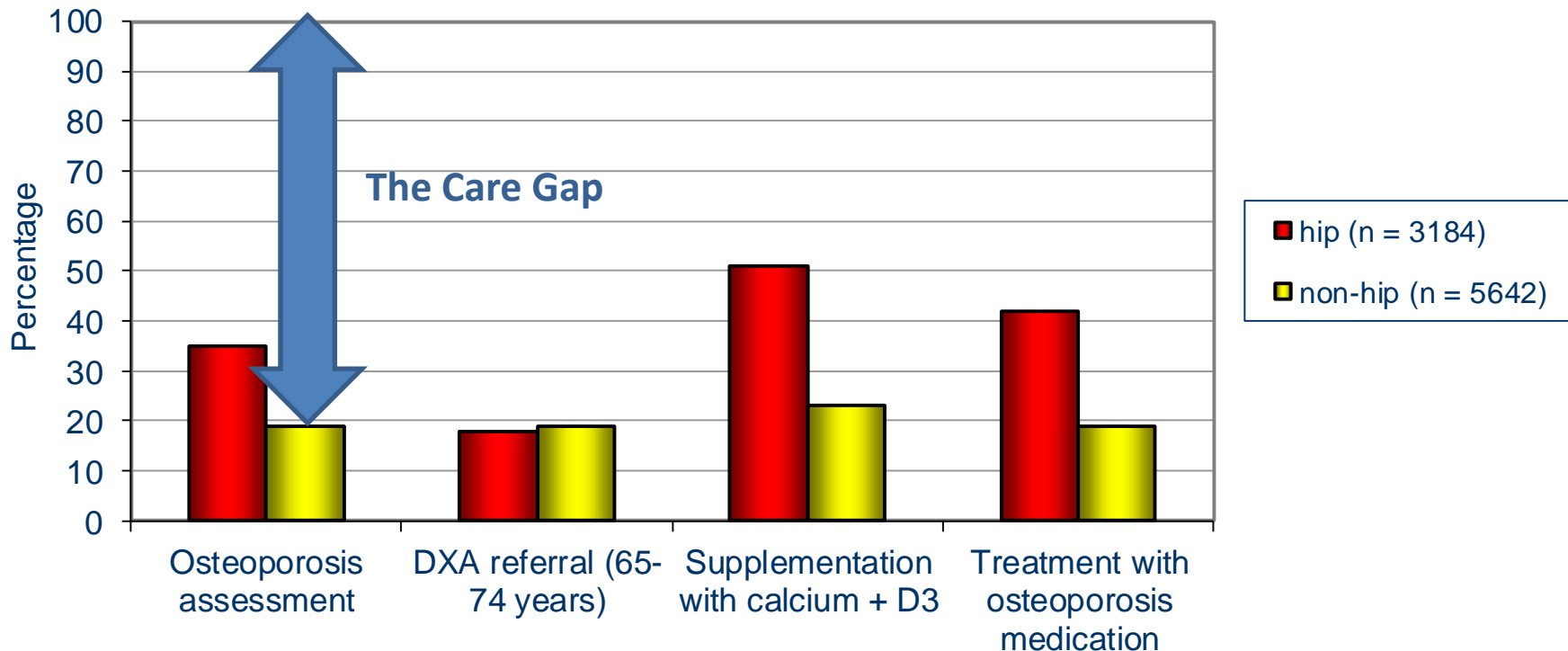
McLellan Alastair R. et al.(2004) Effectiveness of Strategies for the Secondary Prevention of Osteoporotic Fractures in Scotland (CEPS 99/03). NHS Quality Improvement Scotland.

Il 16% delle donne sopra i 50 anni ha avuto almeno una frattura da trauma lieve



Audit nazionale inglese degli interventi dopo la frattura da fragilità

Obiettivo 100% 100% 100% ~70%





La situazione in Italia è la stessa



Linee Guida sulla gestione dell'Osteoporosi e delle Fratture da fragilità

Infatti, i dati OSMED recentemente pubblicati dall'AIFA indicano che in Italia circa l'80% dei pazienti con frattura (femorali o vertebrali) da fragilità, oppure in trattamento cronico con glucocorticoidi, non riceve né un corretto inquadramento diagnostico né un adeguato trattamento

Prevenzione secondaria

- Prevenzione secondaria è più economica che prevenzione primaria
- È necessario un approccio sistemico, in cui la cattura dei pazienti sia automatica

Catturare i pazienti in modo affidabile

Osteoporos Int
DOI 10.1007/s00198-011-1642-x

POSITION PAPER

Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients

D. Marsh • K. Åkesson • D. E. Beaton • E. R. Bogoch •
S. Boonen • M.-L. Brandi • A. R. McLellan •
P. J. Mitchell • J. E. M. Sale • D. A. Wahl •
IOF CSA Fracture Working Group

Received: 31 January 2011 / Accepted: 13 April 2011

© International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation 2011

- L'impiego di un coordinatore dedicato nel servizio di frattura è il sistema più efficace

NEW FRACTURE

**INPATIENT
ORTHO/TRAUMA WARD**

**OUTPATIENT
FRACTURE CLINIC**

**Fracture
Liaison
Nurse**



**coordinatore dedicato
cerca proattivamente
nuovi casi**

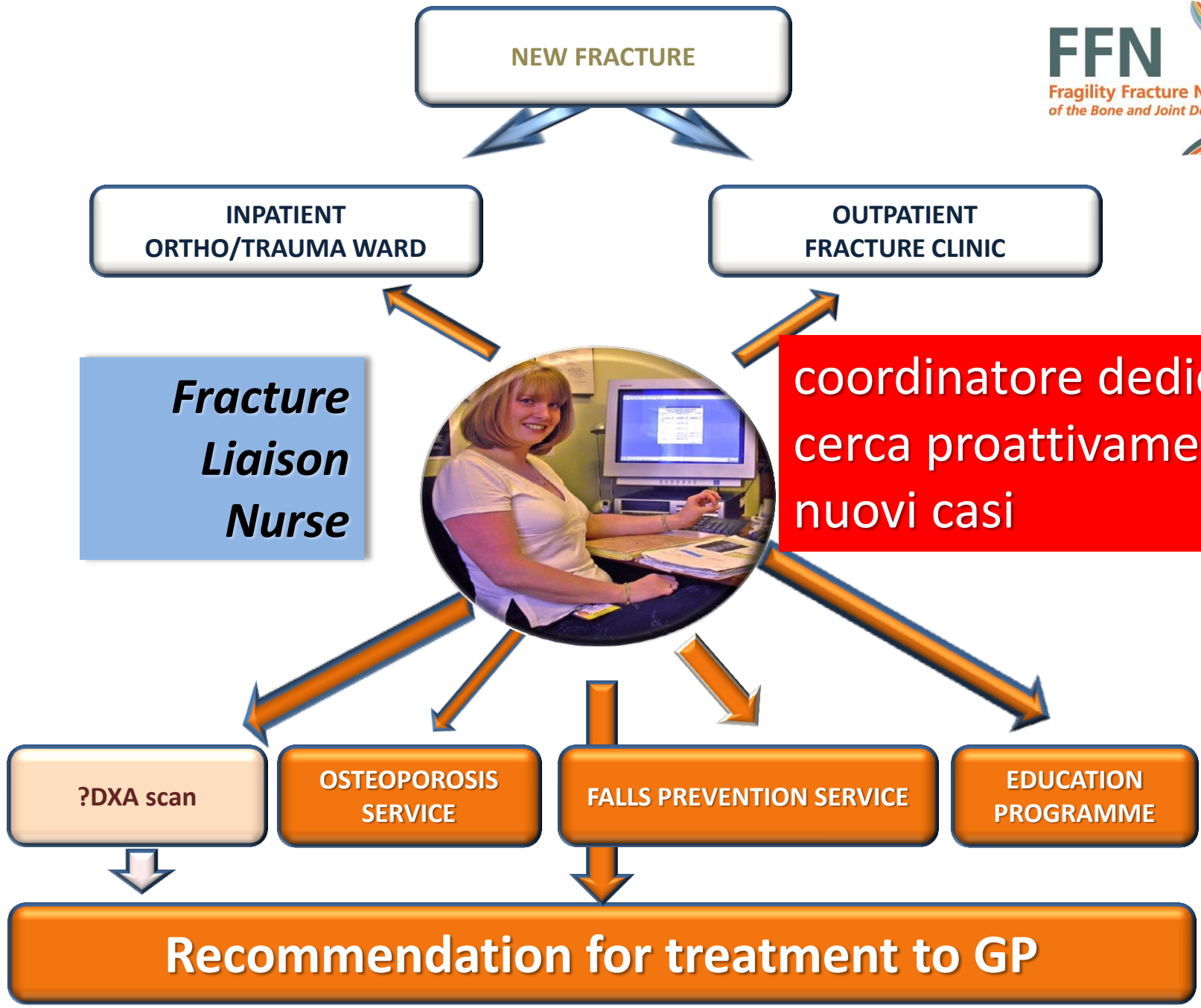
?DXA scan

**OSTEOPOROSIS
SERVICE**

FALLS PREVENTION SERVICE

**EDUCATION
PROGRAMME**

Recommendation for treatment to GP



Il ruolo degli infermieri specializzati è assolutamente essenziale

- Sono una componente essenziale del concetto di FLS
- Con la graduale adozione di questo modello nel Regno Unito, la percentuale di pazienti con fratture da fragilità che ricevono prevenzione secondaria è aumentata dal 20% al 40%
- Non c'è nessun paese al mondo che impiega abbastanza medici per l'osteoporosi per vedere ogni paziente con frattura da fragilità

Prevenzione secondaria

- Prevenzione secondaria è più economica che prevenzione primaria
- È necessario un approccio sistemico, in cui la cattura dei pazienti è automatica
- Quando è effettuata vigorosamente, determina un risparmio di costi

Risparmio sui costi

Osteoporos Int
DOI 10.1007/s00198-011-1534-0

ORIGINAL ARTICLE

Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision

A. R. McLellan • S. E. Wolowacz • E. A. Zimovetz •
S. M. Beard • S. Lock • L. McCrink • F. Adekunle •
D. Roberts

- Per 1000 pazienti con fratture da fragilità, impedito 18 fratture (11 anca) - risparmio netto £21.000

Allora ...

- Quando FLS è istituito - cioè quando i pazienti, che si presentano con una frattura da fragilità, sono valutati per la prevenzione secondaria - ci sono benefici clinici e finanziari
- Ma, nell'80% dei casi, NON vengono valutati in questo modo

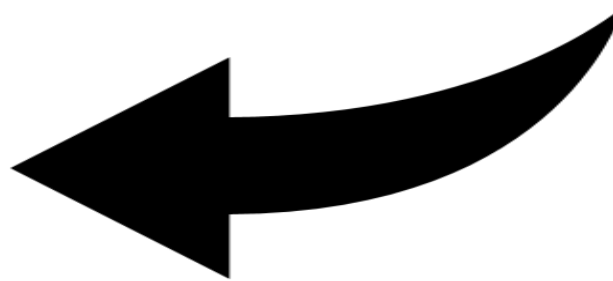
Perché questo Care Gap?

- NON è dovuto alla mancanza di linee guida
 - Sappiamo cosa fare
- È dovuto alla nostra incapacità di portare i pazienti dal servizio di frattura al servizio di osteoporosi
 - Inoltre, le cliniche per l'osteoporosi esistenti non hanno una capacità sufficiente per tutti i pazienti con fratture da fragilità per essere viste da un medico.

Il servizio
di frattura

La clinica per
l'osteoporosi

e il servizio di
prevenzione delle
cadute



Superare la mentalità compartimentata

Come coinvolgere i chirurghi ortopedici

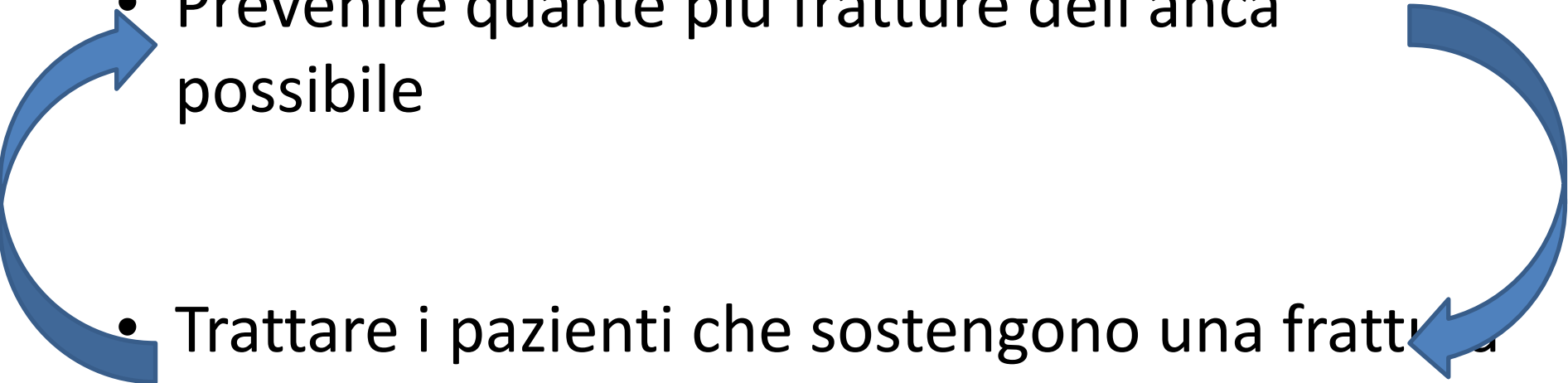
- Rispettare il fatto che la maggior parte delle persone che necessitano di una prevenzione secondaria sono i loro pazienti, che hanno presentato una frattura incidente
- Offrire l'approccio multidisciplinare per migliorare la qualità, senza rendere più difficile il loro lavoro
 - La gestione perioperatoria di un gruppo di pazienti medicalmente molto complesso – ortogeriatría
 - Il lavoro di prevenzione secondaria - FLS

Come stabilire il «liaison» tra il servizio di frattura e il servizio di osteoporosi?

- IOF – Capture the Fracture®
- ASBMR
- EUGMS

Tutte queste organizzazioni e le rispettive campagne rivolgono la loro attenzione al solo punto di vista della **prevenzione** delle fratture. Trovano tutti difficile attirare l'attenzione dei chirurghi ortopedici

La vista dell'osteoporosi

- Prevenire quante più fratture dell'anca possibile
 - Trattare i pazienti che sostengono una frattura dell'anca nel modo migliore e più conveniente
- 

La vista ortopedica

- Tratto questo paziente, che è appena arrivato nella mia unità con una frattura da fragilità acuta, nel modo migliore e più conveniente
- Prevengo la prossima frattura

Negli convegni FFN, la disciplina più grande è ortopedica – circa 30%



← 27 pagine

Linee Guida sulla gestione dell'Osteoporosi e delle Fratture da fragilità

5.4 Approcci integrati per la prevenzione secondaria delle fratture

La prevenzione secondaria delle fratture da fragilità finalizzata ad evitare la rifrattura risulta essere molto complessa e tutte le strategie adottate nel corso degli anni hanno dato risultati deludenti. Infatti, i dati OSMED recentemente pubblicati dall'AIFA indicano che in Italia circa l'80% dei pazienti con frattura (femorali o vertebrali) da fragilità, oppure in trattamento cronico con glucocorticoidi, non riceve né un corretto inquadramento diagnostico né un adeguato trattamento farmacologico e che una consistente porzione di pazienti dopo un anno presenta un'aderenza alla terapia non superiore al 50%. Si è pertanto sentita l'esigenza di sviluppare nuovi modelli integrati e multidisciplinari, come le Cogestioni Ortogeriatriche, le Fracture Unit e le *Fracture Liaison Service*. Si tratta di modelli flessibili basati sul miglioramento della comunicazione tra i diversi specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con fratture da fragilità e sul coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso terapeutico e riabilitativo. Il punto di forza di questi modelli multidisciplinari consiste nella possibilità di essere implementati nell'ambito di sistemi clinico-organizzativi estremamente diversi. Per il loro buon funzionamento è fondamentale il ruolo di infermieri con specifica competenza nell'ambito dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità (Infermiere Case Manager o *Bone Care Nurses*). Si tratta di infermieri che devono non solo garantire la presa in carico del paziente con frattura da fragilità durante tutto il percorso ospedaliero favorendo una corretta comunicazione fra il team ortopedico, i vari specialisti coinvolti ed il medico di medicina generale, ma anche iniziare fin dal ricovero un programma educativo sul paziente fratturato e sui *caregiver* teso a garantire la corretta assunzione dei farmaci, a migliorare l'aderenza al trattamento ed a prevenire le cadute.

← <0.5 pagine

Collaborazione ortogeriatrica

- A livello clinico, solo alcuni servizi in Italia
 - Genova, Reggio Emilia, Bologna, Milano, Pisa, Perugia, Modena, Roma
- A livello nazionale, a livello politico
 - Ci sono organizzazioni separate - GIOG e AITOG ma non comunicano abbastanza tra loro
- Non esiste un'alleanza nazionale
Forse è necessario un equivalente nazionale della FFN
 - Indipendente dalle società ortopediche e geriatriche, ma contenente attivisti di entrambi

National FFNs

- diversi paesi hanno identificato esattamente la stessa necessità - per una voce unificata multidisciplinare
 - FFN-Japan e FFN-India – già stabiliti
 - FFN-Greece - riunione inaugurale 16-18 Marzo 2018
 - FFN-Norway - riunione inaugurale 26 Aprile 2018
 - FFN-Lebanon - riunione inaugurale 4-5 Maggio 2018
 - FFN-China, FFN-Brazil e FFN-Finland - lavori in corso
- tutte affiliate a, e sostenute da FFN-Global

Sommario

- La sfida dell'incidenza crescente delle fratture dell'anca può essere gestita mediante trattamento multidisciplinare della fase acuta e prevenzione efficace delle ri-fratture
- L'aspetto chiave è l'impegno tra ortopedici e geriatri. Questo è ciò di cui i pazienti hanno bisogno e quello che noi dobbiamo fare per loro