



Dipartimento di Ortopedia,
Traumatologia e Riabilitazione
Direttore Prof. Giuseppe Massazza

TRAUMI MIDOLLARI

Salvatore Petrozzino
Unità Spinale - Torino

Convegno SIN /SNO
6-7 Dicembre 2019
Ivrea

Progetto CCM 2012 - AGENAS

Epidemiologia lesioni midollari “acute” (1° evento)

1-Riduzione post-traumatiche

-innalzamento dell'età di insorgenza della lesione midollare (

incidenza più alta tra i 70 e gli 89 anni)

-innalzamento medio del livello di lesione

(aumento dei pazienti tetraplegici)

-aumento lesioni incomplete

2-aumento non traumatiche

(cause vascolari, tumorali, infettive, etc. che coinvolgono anch'esse principalmente la popolazione anziana)



Ministero della Salute

Piano Nazionale della Cronicità del 15 settembre 2016

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

Pz mieloleso post-traumatico che è diventato anziano

Fattori biologici

più patologie incidenti e patologie da over-use

Fattori non biologici

status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità delle cure, etc

Pz ricoverati in US per 1° evento di lesione midollare

**1° evento
65%**

**Provenienza
Reparti per
acuti**

**Risorse
socio-
familiari**

**Progetto
Riabilitativo generale**

30%

media disabilità
e/o complessità

adeguate

Re-inserimento socio
familiare

5%

elevata disabilità
e/o complessità

Ridotte

Inserimento in RSA

30%

Giovani e/o
Adulti in età
scolastica o
produttiva

adeguate

Re-inserimento scolastico
o lavorativo

Pz cronici ricoverati in US

Cronicità
35%

Provenienza

Risorse socio-familiari

Progetto Riabilitativo generale

5%

Reparti per acuti

media disabilità e alta complessità

adeguate

Re-inserimento socio familiare

30%

Domicilio, RSA etc

media disabilità e complessità

adeguate

Re-inserimento socio familiare

Ridotte

Inserimento in RSA

Extended Kaiser Pyramid



Patients with severe complications (5%)

High risk patients (15%)

Chronic patients (70-80%)

-Frequenti Ri-ospedalizzazioni per problematiche cliniche (LDP, Spasticità, disfunzioni alte e basse vie urinarie, alvo, Ins. Respiratoria,)

-Invecchiamento dei nuclei familiari

-aumento carico assistenziale

1°- Criticità per R.O. in US

-Tempi di attesa per il ricovero

-Durata del ospedalizzazione

Coesistenza di più patologie incidenti

Fenotipi sempre più complessi

Politerapie farmacologiche

Tempi di inserimento in RSA

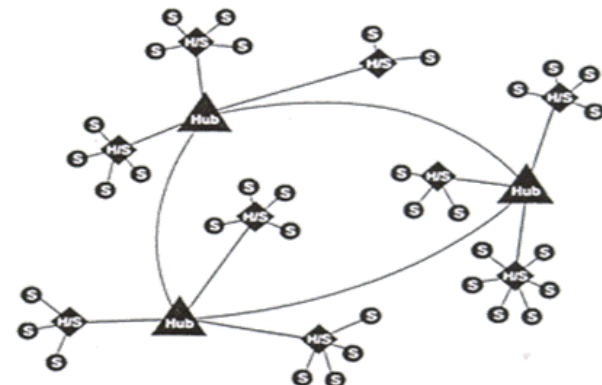
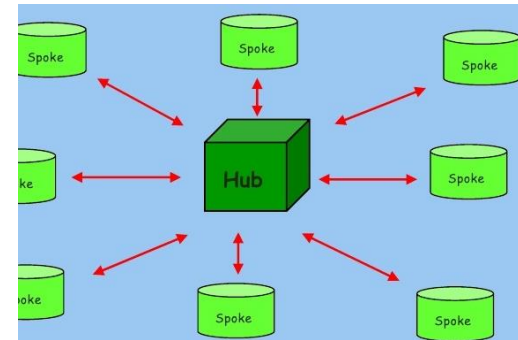
Criticità Follow Up

- Aumento di accessi in relazione all'aumento di cronicità
- Aumento del drop out

Appropriatezza organizzativa per i R.O.

Rimodulazione del PRI

Vision di “Rete Riabilitativa”



Modello Hub and spoke con livelli intermedi



Degenza U.S.U.

Periodo	N.Casi / paziente ricoverati
Dal 1/1/2015 al 31/7/2017 (31 mesi)	170
Dal 1/8/2017 al 30/11/2019 (28 mesi)	270



Utilizzo della Rete Riabilitativa

Periodo	N. Dimissioni a domicilio precedute da Trasferimento in strutture riabilitative di 2° livello della Rete Riabilitativa
1/1/2015 - 31/7/2017	2 / 170
1/8/2017 - 30/11/2019	62 / 270

Appropriatezza organizzativa per i Follow Up

1-STADIAZIONE dei pz in classi di complessità per costruire percorsi differenziati

- Follow up prevalentemente a carico del MMG
- Follow up infermieristico in USU
con Educazione alle abilità di base

- Follow up con maggiori contributi specialistici in USU
- Follow up infermieristico con Case management e con Educazione alle abilità complesse

2-**“Follow up attivo”** (effettuato con richiamo dei pz più complessi)
per una più attenta adesione al piano di cura e per evitarne la “fuga” (drop out)

3-Proposte e Implementazione di nuovi Modelli di assistenza che coniugano soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Telemedicina)

2- Aumento delle Lesioni Incomplete

Scenario attuale

Tecnologie robotiche

Progetto Nerve Transfer

Scenario futuro

Stimolazione Midollare Epidurale ?



TYROMOTION

SISTEMA INTEGRATO
(DIEGO, AMADEO, PABLO, MIRO')

3-Aumento delle Lesioni midollari da causa non traumatica (50% circa)

Fenotipi sempre più complessi
Politerapie farmacologiche
Frammentazione del percorso
PRI integrato ?

RETE Socio-Assistenziale territoriale

-Quello che attualmente si osserva

DIFFORMITÀ nei modelli ORGANIZZATIVI, per la presa in carico del paziente, anche nella stessa Regione

Tempi di attuazione dei Progetti non appropriati (effetto imbuto)

-Quello che manca

VISIONE SISTEMICA della Continuità Assistenziale che sappia rispondere appropriatamente ai bisogni clinici dei pz è poco sviluppata

-Quello di cui si sente bisogno

Più che di POTENZIAMENTO dei Servizi Territoriali, servirebbe una RIQUALIFICAZIONE dell'offerta

Grazie per l'attenzione

