

Rete Traumatologica Metropolitana

ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI – DIREZIONE GENERALE

CTSSM 11.01.2021

Conferenza
Territoriale
Socio Sanitaria
Metropolitana
(CTSSM)
23/09/2020

Nell'ambito delle azioni individuate per la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera è stata confermata la necessità di intervenire sulla rete traumatologica al fine di:

Garantire **un precoce ed appropriato trattamento delle lesioni ortopediche** di origine traumatica di interesse chirurgico con accesso urgente da Pronto Soccorso

Evitare che l'afflusso di traumi possa **incidere negativamente sulle liste d'attesa** degli interventi elettivi

Adottare **protocolli formalizzati per la ripartizione dei pazienti tra le strutture ospedaliere presenti sul territorio nel rispetto delle missioni produttive e delle competenze presenti in ciascun centro.**

GDL Metropolitano Traumatologia

Cesare Faldini – IOR

Stefano Zaffagnini – IOR

Stefano Stilli – IOR

Stefano Bonarelli – IOR

Matteo Buccioli – IOR

Giovanni Gordini – Ausl Bologna

Vincenzo Carnuccio – Ausl Bologna

Domenico Tigani – Ausl Bologna

Massimiliano De Paolis – policlinico Sant'Orsola

Gianluca Capello – policlinico Sant'Orsola

Simonetta Stanzani – policlinico Sant'Orsola

Carlo Impallomeni – AUSL Imola

Filomena Rini - AUSL Imola

Viola Damen – IOR

Anselmo Campagna - IOR

Condivisione di

1

Criteri clinici di
distribuzione della
casistica
traumatologica

2

Definizione delle
risorse necessarie
(Posti letto e Slot di
SO)

3

Modalità di
funzionamento del
«Coordinamento
Metropolitano
Traumatologia»

1. Criteri clinici di Centralizzazione

La centralizzazione può essere attuata con modalità **primaria** e **secondaria**.

- *Per centralizzazione primaria si intende la prima struttura ospedaliera a cui il paziente traumatizzato accede a seguito del trauma.*
- *Per centralizzazione secondaria si intende invece il trasferimento dalla prima struttura a cui ha avuto accesso il paziente verso una altra struttura, a seguito di accertamenti diagnostici che abbiano evidenziato motivazioni cliniche od organizzative.*

I criteri di centralizzazione sono correlati a molteplici fattori che possono anche sovrapporsi tra loro talvolta, quali la clinica, l'età e le comorbidità del paziente, la dinamica del trauma, la distanza fra la sede in cui il trauma si è verificato e la struttura. Pertanto, la centralizzazione secondaria risulta fondamentale al fine di garantire al paziente il miglior trattamento clinico-assistenziale.

Sono state identificate

8 categorie per i TRAUMI

1. Trauma grave e politrauma
2. Traumi della pelvi
3. Fratture vertebrali instabili
4. Fratture esposte
5. Traumi con comorbilità rilevanti
6. Ortogeriatría
7. Traumi complessi arto superiore e inferiore
8. Traumi gravi del polso e della mano

3 categorie per le urgenze ortopediche non traumatologiche

1. Urgenze vertebrali oncologiche infettive e degenerative
2. Urgenze legate a neoplasie primitive dell'osso e dei tessuti molli
3. Urgenze relative a patologie infettive e oncologiche secondarie con localizzazione scheletrica

7 nodi della rete

Ciascuno è stato classificato come idoneo o NON idoneo per la centralizzazione ed il trattamento delle diverse casistiche cliniche

IOR

Ospedale Maggiore

Sant'Orsola Malpighi

Imola

Porretta

IOR c/o Bentivoglio

IOR c/o Ospedale Maggiore

Criteri di non idoneità:

- Poli traumi
- Traumi della pelvi
- Fratture vertebrali instabili (cervicali, dorso– lombari) e Fratture (mieliche) con impending neurologico
- Pazienti con trauma e problematiche internistiche urgenti e/o non gestibili in ambiente monospecialistico
- Fratture esposte (da Gustilo 2 in su)
- Traumi complessi del polso e della mano (con lesione neurologica o vascolare, amputazione/subamputazione mano)

Criteri di idoneità:

- Traumi in età pediatrica (0-14) (eccetto politrauma)
- Traumi di complessità medio-alta (arto superiore e inferiore)
- Urgenze vertebrali oncologiche infettive e degenerative
- Urgenze relative a Patologie infettive e neoplasie secondarie
- Urgenze legate a Neoplasie primitive ossee e parti molli

Esempio: IOR

2. Stima del fabbisogno di PL e SO

Sono stati esclusi i traumi gravi (prevalente pertinenza altre discipline)

01

È stata considerata la casistica 2019 suddividendola per le categorie cliniche individuate

02

È stato valutato il consumo di risorse per ciascuna categoria clinica

03

È stato stimato l'assorbimento di risorse a seguito della riallocazione della ipotetica casistica

Fabbisogno risorse traumatologia

	Stima riorganizzazione su dati 2019		
	N. casi	SLOT settimana	PL_con deg per distr.
IOR	1072	9	22
IOR c/o BENTIVOGLIO			
OSPEDALE MAGGIORE	1770	13	54
IOR c/o OSPEDALE MAGGIORE	1200	10	25
S.ORSOLA-MALPIGHI	998	8	27
OSPEDALE IMOLA	630	5	17
OSPEDALE PORRETTA	195	2	5
Totale	5865	46	150

3. Coordinamento di area metropolitana



Livello Strategico

- frequenza: bisettimanale → mensile a regime
- Funzioni: monitora il funzionamento della rete

Livello Operativo

- frequenza: quotidiano
- funzioni: monitora i flussi e gestisce criticità

Coordinamento operativo di area metropolitana

Centrale Operativa 118

Referenti Clinico Ortopedico

Referenti Clinico/Organizzativo Anestesista

Referenti PS

Referenti Bed Manager

Referenti Direzione Sanitaria

Referente Operation

Lavora con assetti e modalità in relazione a 3 livelli crescenti di stress della rete

 STANDARD

 ALLERTA

 CRISI

Stati di Stress della Rete

Standard, il sistema opera senza condizioni di stress e criticità per operatori e pazienti

- monitoraggio quotidiano di eventuali anomalie (indicatori)
- intervento diretto in caso di specifiche criticità in cui non vi sia accordo tra i livelli ordinari
- monitoraggio dei trend
- collettore delle indicazioni dalle direzioni per l'attivazione dello stato di allerta

Allerta, si verifica quando sono prevedibili, o emergono estemporaneamente, momenti di stress del sistema (es. chiusure estive, fermo sale operatorie, ecc.).

In questo caso il coordinamento svolge una funzione di:

- Monitoraggio continuo dei trasferimenti
- Intervento attivo per risolvere problemi specifici o per fornire indicazioni operative di reindirizzamento (es. stop su una sede)
- monitoraggio dei trend
- collettore delle indicazioni dalle direzioni per l'attivazione dello stato di crisi

Crisi, si verifica in caso di iperafflusso (es. gelicidio, massiccio afflusso di feriti, gravi criticità (es. chiusura)) di uno dei punti della rete, ecc. in tale circostanza il coordinamento e la centrale 118 assumono la gestione diretta dei flussi dei pazienti

Prossimi step



Approvazione documento di
rete



Avvio attività del
coordinamento



Definizione accordo IOR –
Ausl per Sede IOR presso OM