



Consiglio Direttivo
Biennio 2010-2012

Presidente
Marco d'Imporzano

Vice Presidenti
Paolo Cherubino
Alessandro Masini

Consiglieri
Corrado D'Antimo
Carlo Fabbriani
Andrea Ferretti
Antonio Gigante
Roberto Magri
Mario Manca
Roberto Rossi
Vincenzo Zottola

Segretario
Andrea Piccioli

Past-President
Pietro Bartolozzi

Garante
Lanfranco Del Sasso

Segretario Generale
Tesoriere
Elena Cristofari

Revisori dei Conti
Pasquale Bianchi
Pietro Galluccio
Vincenzo Guzzanti

Probiviri
Pietro Bartolozzi
Lanfranco Del Sasso
Alessandro Faldini

S.I.O.T.
Via Nicola Martelli, 3
00197 Roma
Tel. +39 06 80691593
Fax +39 06 80687266
e-mail: segreteria@siot.it
Web: www.siot.it

Documento SIOT sul ruolo dell'Ortopedico Traumatologo all'interno della rete dell'emergenza-urgenza

Il sistema urgenza-emergenza in Italia, secondo quanto regolamentato dalle linee guida 1/96 in applicazione del DPR 27 marzo 1992, è articolato nel Sistema Emergenza Territoriale (Centrali Operative 118, mezzi dell'emergenza territoriale) e nella rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorsi Ospedalieri, Dipartimenti di Emergenza-Urgenza-Accettazione (DEA) di I o II livello.

Organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore (SIAT)

Il Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma maggiore (SIAT) rappresenta il fulcro della rete della emergenza-urgenza in Italia: è un'area territoriale geograficamente definita, auspicabilmente coincidente con l'area di competenza della Centrale Operativa 118 e con i suoi DEA di riferimento, entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da una *rete di Ospedali* tra di loro funzionalmente connessi detti *Centri Trauma* e da *Strutture di Riabilitazione*.

Sulla base delle risorse a disposizione per la cura del trauma gli Ospedali parte del SIAT possono essere classificati in tre categorie:

- *Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS)*, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Nell'attuale ordinamento il CTS è collocabile presso un DEA di II livello con tutte le specialità.
- *Centro Traumi di Zona (CTZ)*, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, tranne quelle che richiedono una o più alte specialità. Il CTZ si può identificare in un DEA di I o II livello secondo gli attuali requisiti.
- *Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST)*, ove sono disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Tale struttura è identificabile con un Pronto Soccorso Ospedaliero non sede di DEA

Nell'ambito del territorio il numero di *Centri Trauma* deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi.

Il CTS è il fulcro ed il centro di coordinamento del SIAT, per tutti gli aspetti delle problematiche traumatologiche, dalla prevenzione alla pianificazione delle strategie di assistenza pre ed intraospedaliera, alla didattica ed addestramento del personale, alla ricerca, sino alla riabilitazione. I dati internazionali indicano circa 440 traumi



maggiori/anno per milione di abitanti: tali stime si basano principalmente su ricerche effettuate nella popolazione nordamericana. Tenendo conto della diversa epidemiologia dei traumi in Europa, si considera indispensabile *almeno* un CTS e due CTZ ogni due milioni di abitanti.

Il CTS funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve inoltre' essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete. In zone montane la collocazione dei *Centri Trauma* deve tener conto oltre che della numerosità della popolazione e dei dati epidemiologici, anche delle problematiche orografiche del territorio affinché le strutture risultino facilmente accessibili. I PST vengono identificati in settori strategici ed in numero adeguato in funzione della tipologia del territorio e dell' adeguatezza dei trasporti.

Struttura e organizzazione del Centro Traumi di Zona (CTZ) e di Alta Specializzazione (CTS)

Sono parte integrante strutturale ed organizzativa del SIAT i Centri Traumi di Zona (CTZ) e di Alta Specializzazione (CTS). Il CTZ può essere organizzato secondo il modello di un'unita' operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale (*trauma service*). Dovrebbe essere collocato nell'ambito di un'area ad alta densità di popolazione o in posizione strategica in base alla particolare natura del territorio, facilmente accessibile via terra o via aria. Un'integrazione delle risorse già esistenti può essere in molti DEA (di II o I livello) sufficiente per garantire la realizzazione di un CTZ. Dovrebbe essere dotato a minima delle seguenti caratteristiche:

- disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'Urgenza, Ortopedia, di infermieri addestrati alla gestione del trauma, del tecnico di radiologia, reperibilità del Radiologo. La radiologia deve essere digitalizzata e dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT.
- un settore per l'arrivo delle ambulanze e delle eliambulanze direttamente collegato all'area di accettazione.
- un'area attrezzata di accettazione comprendente un numero minimo di due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria (dotate quindi di tutte le attrezzature per il supporto vitale intensivo) e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, del pneumotorace e delle emorragie (shock room).
- radiografie standard ed ecografie devono essere eseguibili presso l'area di accettazione e nelle adiacenze va predisposta una sala radiologica dotata di TAC. Il Radiologo può eseguire la refertazione anche attraverso tecnologie di trasmissione a distanza delle immagini. Presso l'ospedale deve essere disponibile una Risonanza Magnetica facilmente accessibile dai locali di emergenza.
- un laboratorio d'urgenza e Centro Trasfusionale attivi 24 ore su 24.
- due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia Generale d'Urgenza e Chirurgia Ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato, già storicamente presenti presso l'Ospedale.

Il responsabile del *Centro Traumi* e' un Dirigente Medico, con specifiche competenze nel trattamento dei traumatizzati, scelto nell'ambito delle specialità di cura afferenti alla disciplina (Chirurgia, Medicina d'Urgenza, Anestesia-Rianimazione, Ortopedia). A tale figura viene assegnata la funzione di coordinamento dei vari specialisti coinvolti nella gestione del trauma, l'istituzione di protocolli di lavoro condivisi e la tenuta del *Registro Traumi* su cui vengono archiviati tutti i dati dei Pazienti afferiti al Centro Traumi per poter garantire la revisione a posteriori a fini scientifici e di verifica di qualità. Analogamente e' necessario individuare un responsabile infermieristico, con la funzione di coordinamento delle figure infermieristiche e tecnico-assistenziali che ruotano all'interno delle squadre di accettazione.

Il ruolo del Chirurgo Ortopedico Traumatologo

Il chirurgo ortopedico che svolge servizio presso strutture Ospedaliere dedicate alla ricezione di pazienti traumatizzati deve essere componente stabile all'interno del Trauma Team e membro stabile della Commissione tecnico-scientifica del SIAT.

Il ruolo svolto dal chirurgo ortopedico nell'ambito dell'assistenza al paziente politraumatizzato deve essere delineato in linee guida sintetiche specifiche.

La stesura di linee-guida o disposizioni a cui attenersi nello svolgimento della pratica clinica deve sempre tenere conto delle differenti risorse umane, organizzative ma soprattutto strutturali che caratterizzano gli Ospedali del nostro Paese.

Alla loro compilazione deve partecipare il Chirurgo Ortopedico all'interno della Commissione Tecnico-scientifica preposta.

Competenze del Chirurgo Ortopedico in sala emergenza

Il compito del chirurgo ortopedico all'arrivo del paziente è:

- quello di accertare la presenza di lesioni dell'apparato muscolo-scheletrico dal tipo di incidente subito;
- ottenere un'immobilizzazione temporanea delle fratture tale da consentire l'iter diagnostico e terapeutico del paziente senza ritardarlo;
- condividere col Trauma Leader le priorità di trattamento del politraumatizzato ed agire di conseguenza;
- seguire il percorso del paziente fino al trattamento ortopedico definitivo.

Il ruolo del Chirurgo Ortopedico è fondamentale ai fini del reinserimento del politraumatizzato nel contesto sociale.

Per quanto concerne l'Ortopedico – Traumatologo all'interno di un Centro HUB riteniamo importante:

- presenza di un organico idoneo;
- l'attività 24 ore su 24;
- effettiva disponibilità della struttura a garantire il trattamento chirurgico h24 con percorso dedicato per l'urgenza;
- copertura assicurativa "full risk" per tutti gli operatori con incentivi economici;
- gestione ordinaria della spesa per quanto necessario alla gestione del traumatizzato adeguando i DRG alla moderna traumatologia;
- è auspicabile che all'interno del percorso formativo dell'ortopedico nelle Scuole di Specializzazione sia prevista un periodo di frequenza all'interno di un centro HUB;
- L'HUB può svolgere attività di aggiornamento con risorse dedicate.

Marco d'Imporzano
Presidente SIOT

