



Chirurgia del trauma e chirurgia d'urgenza. Organizzazione ed attività chirurgica

G. Tugnoli, M. Casali, S. Villani,
A. Biscardi, F. Baldoni

Ospedale Maggiore di Bologna
Chirurgia d'Urgenza e del Trauma
Direttore Dr. Franco Baldoni

Introduzione

Il problema della gestione delle urgenze-emergenze chirurgiche è stato affrontato nel nostro Paese in modo estremamente differente a seconda delle diverse realtà locali, come ha anche recentemente dimostrato la "Ricerca sulla Gestione dell'Emergenza Chirurgica in Italia" (1). A parte qualche U.O. "dedicata", le urgenze chirurgiche vengono gestite da U.O. di Chirurgia Generale come una estensione della propria attività senza, spesso, riconoscere la necessità di un approccio culturale peculiare. Anche dal punto di vista accademico, la Scuola di Specializzazione in Chirurgia d'Urgenza, attiva in Italia dal 1968, è stata fatta confluire nell'ultimo decennio in quella di Chirurgia Generale, mantenendo solo un "indirizzo" specifico.

Ancora più eterogeneo risulta il modo di affrontare la patologia traumatica senza un progetto di formazione e senza che, nella maggior parte delle Regioni, siano stati individuati Trauma Center di riferimento. Ciò continua a portare ad una mancanza di centralizzazione ed ha come conseguenza la generale carenza di expertise chirurgica in questo campo.

Per cercare di porre rimedio a questa situazione e per andare oltre alle singole iniziative regionali, nel 2001, le seguenti Società Scientifiche: Società Italiana di Anestesia e Rianimazione, di Chirurgia Generale, di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma, di Medicina d'Urgenza e di

Abstract

TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY. ORGANIZATION AND SURGEONS' EXPERIENCE

Background: *To evaluate if combining operative treatment of patients with trauma and general surgery emergencies offers a good operative experience and can be a model for a Trauma Center organization, we compare our surgical experience with that of our generale surgeons.*

Methods: *We reviewed records to determine number of operation, need of intensive care unit care for patients treated, the after hours practice by the trauma and emergency surgeons and general surgeons over a 1-year period at Ospedale Maggiore of Bologna.*

Results: *Emergency and trauma surgeons performed more operations per surgeons (133,7Vs102,6) and managed more patients in intensive care unit than general surgeons. 51,8% of emergency and trauma operations were after hours.*

Conclusion: *The care of trauma and emergency patients resulted in a breadth and scope of practice for trauma and emergency surgeons compared well with that of general surgeons but in a worse lifestyle.*

Key words: Trauma surgery, Emergency surgery, General surgery.

Pronto Soccorso, di Neurochirurgia, di Ortopedia e Traumatologia e di Radiologia Medica-Sezione di Radiologia d'Urgenza e di Emergenza-, hanno redatto un documento intersocietario in cui si auspicava la costituzione di Trauma Center su tutto il territorio nazionale, con un bacino di utenza di circa 1,5 milioni di persone e individuava, all'interno di ognuno, "...come punto di riferimento chirurgico dedicato una U.O. di Chirurgia Generale d'Urgenza, o Sezione dedicata, che garantisce con organico proprio, il trattamento chirurgico del trauma, oltre che il trattamento delle emergenze-urgenze chirurgiche non-trauma. Questa attività va garantita da un organico fisso 24h/24h. Non è prevista la turnazione di più UU.OO. di Chirurgia Generale. La U.O. di Chirurgia Generale d'Urgenza costituisce il nucleo portante del Team dei Centri per il Trauma".

Come si può notare, nel documento viene riconosciuta la necessità che ad occuparsi di patologia traumatica sia un'equipe limitata, che abbia una coerente preparazione culturale e che, grazie alla centralizzazione, possa maturare e mantenere una adeguata capacità di trattamento. L'accorpamento della patologia traumatica a tutte le urgenze-emergenze chirurgiche, da un lato riconosce che anche in questo caso la preparazione e l'approccio culturale devono essere specifici e, dall'altro, "risolve" il problema di mantenere elevato il numero di interventi per ogni chirurgo, cosa che non sarebbe possibile occupandosi di sola patologia traumatica.

Anche negli Stati Uniti le urgenze-emergenze chirurgiche sono di pertinenza del "guardia" di chirurgia generale mentre la patologia traumatica è stata oggetto di competenze dedicate, con la costituzione di Trauma Center e Trauma System statali fin dagli anni '60 del secolo scorso. Ciò ha portato ad avere chirurghi del trauma estremamente preparati e società scientifiche particolarmente attive. Tuttavia, questo modello organizzativo, apparentemente ottimale, è attualmente in crisi da qualche tempo ed oggetto di riflessioni in Letteratura. Molti sono i motivi di questa crisi e tutti concatenati tra loro (2, 3, 4). La progressiva riduzione della percentuale di traumi penetranti ed il sempre più diffuso atteggiamento conservativo nei traumi chiusi, ha portato ad una notevole riduzione del numero di interventi per ogni chirurgo. Ciò si ripercuote ancora più negativamente sugli "specializzandi" che durante le loro rotazioni nei Trauma Center non hanno più modo di acquisire esperienze chirurgiche: questo, inoltre, non solo rende "il trauma" meno interessante per un futuro chirurgo, ma pone evidenti problemi di formazione dei residents. Se poi vi aggiungiamo che da tempo negli U.S.A. vi è un trend negativo nella scelta di specializzazioni chirurgiche da parte degli studenti di medicina per l'impegno richiesto in generale (e nel trauma in particolare) da questa specializzazione, si può immaginare che presto vi sarà carenza di medici dedicati alla patologia traumatica (5, 6, 7). Infine, ma non ultimo, "the lifestyle" del chirurgo del trauma sia per la necessità di lavorare spesso di notte e durante i week-end sia per la minore remunerazione non è sicuramente "affascinante" rispetto ad altre specialità (8, 9). In sostanza, negli Stati Uniti, il Chirurgo del Trauma si occupa dell'accesso di un elevato numero di pazienti e del loro trattamento in terapia intensiva (di cui molti necessitano), spesso in orari estremamente disagiati ma esegue un numero sempre inferiore di interventi chirurgici ed ottiene una minor retribuzione rispetto a quella dei colleghi di Chirurgia Generale e questo nonostante la somma destinata al compenso per la "reperibilità", risulti la maggior singola voce di spesa per mantenere un Trauma Center attivo (10) con una media di \$ 237 per ora di disponibilità. Soprattutto per cercare di mantenere elevata l'expertise chirurgica, sono quindi stati proposti modelli organizzativi diversi tra cui, ad esempio, l'adozione di quello utilizzato in alcuni paesi

europei che affida al chirurgo del trauma anche gli interventi altrimenti di competenza ortopedica o neurochirurgica (6). Un altro modello prevede di affidare ad unica equipe tutte le emergenze-urgenze sia traumatiche che di chirurgia generale. I presupposti per la validità di questa organizzazione sono un aumento del numero di interventi per chirurgo ed un adeguato "case mix" di patologie. Uno studio pubblicato recentemente ha posto a confronto l'attività dei Chirurghi che si occupano di Traumi ed emergenze-urgenze chirurgiche con quella dei colleghi che svolgono solo attività di elezione all'interno dello stesso ospedale (11); dei due gruppi vengono presi in considerazione il numero degli interventi effettuati e la loro complessità, la necessità di terapia intensiva dei pazienti ed il loro "payor mix".

Questo modello proposto è lo stesso su cui è strutturata la nostra U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma, inserita nel Trauma Center dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Lo scopo di questo lavoro retrospettivo è, pertanto, quello di verificare se, anche nella nostra realtà, svolgere la propria attività occupandosi di tutte le emergenze-urgenze chirurgiche, traumatiche e non traumatiche, può garantire una adeguata attività chirurgica sia come numero che come complessità di interventi e, pertanto, se questo modello organizzativo può essere valido per le U.O. di DEA di II livello fermo restando il "diverso stile di vita" e la minor possibilità di attività libero-professionale.

Materiali e metodi

L'U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna è attiva come U.O. autonoma, con 12 posti-letto, dal 01.07.2001; è inserita nel Trauma Center dell'Ospedale (riconosciuto dal 1999 dalla Regione Emilia-Romagna come Trauma Center di riferimento). Questa U.O. ha proseguito l'attività svolta, fin dal 1989, in tema di trattamento di patologia traumatica, che già da allora veniva centralizzata su un'unica equipe, acquisendo anche la gestione di tutte le emergenze-urgenze di chirurgia generale sia interne all'ospedale che da Pronto Soccorso.

Le urgenze specialistiche vengono trattate dalle singole UU.OO., mentre nella patologia traumatica toraco addominale, lo specialista partecipa come eventuale consulente. È composta da un Direttore e quattro Dirigenti Medici che costituiscono 2 equipe autonome che si alternano in reperibilità. Nella U.O. vengono eseguiti solo ed esclusivamente interventi chirurgici che rivestono carattere di emergenza-urgenza.

Nel nostro Ospedale sono presenti un reparto di Rianimazione con un indirizzo traumatologico ed uno di Terapia Intensiva più indirizzato verso la patologia chirurgica non traumatica e sono gestiti dai due servizi di anestesia. Inoltre, per le dimensioni del reparto e grazie ad una completa ed assoluta collaborazione, l'osservazio-

ne chirurgica e la gestione delle patologia traumatica toraco-addominale a basso grado di complessità, viene effettuata dai colleghi della divisione di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso.

Nella stesso presidio ospedaliero sono presenti, 2 UU.OO. di Chirurgia Generale composte complessivamente da 15 Chirurghi.

Al fine di questo lavoro, sono stati presi in considerazione i dati dell'anno 2003 relativi al numero di interventi eseguiti da ogni U.O., il numero di interventi per chirurgo per ogni U.O., il numero di accessi per U.O. Non essendoci, nel nostro paese, forme diverse di rimborso da parte dei cittadini, viene rilevato, per ogni U.O. il numero di interventi eseguiti in regime di libera professione intra moenia. Infine, per sottolineare il diverso "stile di vita", vengono presi in considerazione gli interventi eseguiti "after hours" che consideriamo tra le 19.00 e le 07.00 (abbiamo scelto questa fascia oraria come "after hours" in quanto ci sembra eccessivo dare questa definizione alla fascia tra le 22.00 e le 06.00).

Vengono, inoltre, considerati i dati relativi ai pazienti ricoverati in Rianimazione o Terapia Intensiva in quanto, purché degenti in altri reparti, sono gestiti in modo collegiale.

Non viene presa in considerazione l'attività svolta in consulenza per osservazione chirurgica o per traumi a bassa complessità perché, pur costituendo un gravoso impegno in termini di tempo, questi pazienti vengono gestiti in massima parte in altri reparti.

Risultati

L'U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma è composta da un Responsabile e quattro Dirigenti Medici di I livello, questi con un'anzianità media di servizio di 12 anni. Tutti i Medici hanno superato il corso ATLS ed uno di questo è Istruttore ATLS.

Dal 01.01.2003 al 31.12.2003 sono stati ricoverati presso la nostra U.O. 753 pazienti e sono stati eseguiti 556 interventi (ratio 0,7).

Di 556, 58 sono stati eseguiti per patologia traumatica (10,4%).

Il numero di ricoveri per traumi ed il rapporto ricoveri/interventi è in Tab. I.

Tutti gli interventi sono stati eseguiti in urgenza. Di questi, il 33,5% è stato effettuato in giornate feriali tra le ore 07.00 e le ore 19.00; il 14,6% durante la stessa fascia oraria ma in giornate di sabato o festive e, infine, il 51,8% di tutti gli interventi è stato eseguito tra le ore 19.00 e le ore 07.00.

Le due Divisioni di Chirurgia di Chirurgia Generale sono composte da un totale di 15 Chirurghi ed hanno eseguito, complessivamente, 1540 interventi. Il numero degli interventi eseguiti "after hours" è trascurabile.

Il rapporto tra numero di interventi per chirurgo è riassunto in Tab. II.

In Tab. III riportiamo il confronto tra le U.O. per ciò che riguarda i pazienti che hanno avuto necessità di ricovero in terapia intensiva per patologie non traumatiche.

Tab. I: RIEPILOGO DELL'ATTIVITÀ DELL'U.O. DI CHIRURGIA D'URGENZA E DEL TRAUMA NEL 2003

Anno 2003	Attività Complessiva	Traumi	Urgenze Chirurgiche
Ricoveri	753	121	632
Interventi	556	58	598
Ratio Inter./Ricov.	0,73	0,47	0,78

Tab. II: CONFRONTO TRA IL N° DI INTERVENTI ESEGUITI DA CIASCUN CHIRURGO DELLE DIVERSE U.O.

	n° Chirurghi	n° Tot. Interventi 2003	n° interventi/chirurgo
Chirurgia d'Urgenza	4*	556	133,75
Chirurgie Generali	15	1540	102,6

*Nell'U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma, nel corso dell'anno 2003, il Direttore solo eccezionalmente ha operato in prima persona, partecipando agli interventi in qualità di Tutor.

Tab. III: Pazienti con patologie non traumatiche che hanno avuto necessità di ricovero in Terapia Intensiva

	Tot. pazienti in T.I. 2003	Mortalità in T.I.	Degenza Media	% di Tutte le Afferente
Chirurgia d'Urgenza	40 (7,1% degli interventi)	27,5%	13 giorni	7%
Chirurgie Generali	72 (4,6% degli interventi)	6,65%	4,2giorni	11,8%

Come risulta dalla Tab. III, i nostri pazienti operati in emergenza-urgenza hanno caratteristiche di gravità marcate come dimostrato dalla necessità più frequentemente di ricovero in Terapia Intensiva, dalla mortalità molto più elevata e dalla degenza media in T.I. che è quasi il triplo dei pazienti in elezione con un maggiore numero di giornate di degenza (520Vs302).

Inoltre, per quello che riguarda la sola patologia traumatica, 34 di 58 pazienti operati (58,6%), con ISS medio di 22,1 (range 12-43) hanno avuto necessità di ricovero in Rianimazione con una mortalità del 29,4% ed una degenza media di 15,4gg (1-46) ed un ulteriore impegno per ciascuno dei medici della Chirurgia d'Urgenza.

Discussione

Il paziente traumatizzato necessita di una organizzazione complessa che coinvolge specialità diverse all'interno di un Trauma Center tra le quali è indispensabile una completa integrazione per il rispetto delle priorità diagnostico-terapeutiche; inoltre, dal punto di vista della gestione chirurgica è necessario, da un lato, un approccio peculiare in sala operatoria, che spesso si discosta dalla comune attività chirurgica (come avviene, ad esempio, nella Damage Control Surgery), dall'altro è richiesto saper affrontare conservativamente lesioni toraco-addominali anche complesse. Anche le emergenze-urgenze di chirurgia generale pongono problematiche specifiche quali: l'atteggiamento chirurgico in rapporto alla patologia, all'età, alla radicalità oncologica, al "timing" degli interventi in rapporto alla patologia ed alle condizioni generali. Un altro problema specifico, riguarda il trattamento di pazienti anziani (circa il 20% di ultraottantenni nella nostra casistica), spesso portatori di rilevanti patologie preesistenti, senza adeguata preparazione pre-operatoria. In entrambi i casi poi, è necessario offrire uno standard di trattamento non solo elevato, ma anche uniforme.

È evidenti che problemi così vasti e complessi non possono essere trattati senza una specifica preparazione culturale e che questa non può essere propria di tutti i chirurghi che operano in un determinato centro, a maggior ragione se esistono altri campi di interesse personale.

La scelta di dedicare una unica équipe solo al trattamento di queste patologie ha, pertanto, un proprio razionale che però va "validato" dalla possibilità per tutti i chirurghi di avere una adeguata attività chirurgica. Questo modello, tuttavia, in Italia è applicato solo in una modesta percentuale dei casi: nei DEA di II livello (punto, peraltro, di centralizzazione della patologia traumatica), solo nel 42% è presente una unità operativa unica di guardia e di queste, solo il 25% è un'U.O. di Chirurgia d'Urgenza. Nel 58% è un'attività svolta da U.O. a rotazione (1).

Anche negli U.S.A., dove peraltro esistono Trauma Center con grandi volumi di attività, questo modello è comunque ancora scarsamente applicato e criticato per

il "case mix" chirurgico, la minore retribuzione ed il peggiore stile di vita (11).

Per quello che riguarda la nostra realtà, invece, possiamo essere soddisfatti di questa scelta: dai dati emersi dal nostro lavoro si nota come la nostra organizzazione garantisca una attività chirurgica adeguata sia per numero che per complessità di interventi tanto che, scendendo nel dettaglio, i Dirigenti Medici di I livello hanno un'attività chirurgica che è pari al 260,7% dell'attività media nazionale (133Vs51) (1)-tenuto anche conto che, in molte realtà italiane, il Direttore dell'U.O. esegue personalmente tra il 30 ed il 50% di tutti gli interventi, inoltre, circa il 62% degli interventi da noi eseguiti rientra tra le procedure definite ad "alta complessità" dalla Delibera Regionale n° 2003/22169 del 03.11.2003 sulla "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dal 01.01.2003". Tuttavia questo non sarebbe possibile gestendo solo la patologia traumatica. Infatti, nonostante vengano ora trattate conservativamente lesioni addominale di maggiore gravità rispetto al passato (12, 13) ed a causa anche della bassa percentuale di traumi penetranti (9%), il numero complessivo degli interventi per il 2003 non si è discostato molto dalla media della nostra casistica dal 1989 al 2000 (58Vs60,8) (14). Considerando, comunque, che vi sono solo due équipe in rotazione, possiamo affermare che ciascuna di queste opera, nell'arco dell'anno circa 30 traumi toraco-addominali.

Anche il numero di ammissioni in Ospedale per Chirurgo, consente di acquisire una buona esperienza non solo in tema di diagnosi e trattamento (eventualmente conservativo) del paziente traumatizzato, ma anche nel "management" di situazioni di emergenza-urgenza spesso in pazienti complessi quali possono essere gli anziani portatori di gravi patologie pregresse. A questo dato vanno poi aggiunte le consulenze eseguite su pazienti con problematiche traumatiche o chirurgiche che non necessitano di trattamento operatorio ed il cui numero, essendo essi ricoverati presso altri reparti e seguiti in prima persona da altri Colleghi, non viene valutato al fine del presente lavoro.

Un altro aspetto organizzativo da non sottovalutare, è l'aver inserito la Chirurgia d'Urgenza e del Trauma non nel Dipartimento Chirurgico bensì nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Ciò ha permesso di "legare" assieme tutte quelle divisioni o servizi che si occupano di questa patologia migliorando i rapporti tra le varie specialità e consentendoci di evitare il ricovero nella nostra U.O. delle "osservazioni chirurgiche" e dei traumi a bassa complessità. Questa gestione "dipartimentale" della emergenza-urgenza chirurgica ci ha consentito di avere una ratio interventi/ricoveri superiore a quella dei colleghi americani (0,7Vs0,36). Questo però porta, anche per ciò che riguarda la sola patologia traumatica, ad una ratio superiore (0,47Vs0,20), quindi, apparentemente, ad una

bassa percentuale di trattamenti conservativi; ciò può essere spiegato considerando che solo i traumi più gravi vengono ricoverati presso la nostra U.O.

Per quello che riguarda in particolare la patologia traumatica, infine, partecipiamo al Trauma Service dell'Ospedale Maggiore, struttura organizzativa composta da Rianimatori, Chirurghi d'Urgenza, Radiologi, Ortopedici, Medici di Pronto Soccorso, Neurochirurghi e Fisiatri (e da una componente infermieristica) che si occupa di organizzare e seguire il percorso diagnostico-terapeutico del politrauma dall'ingresso in Ospedale fino alla dimissione.

Inoltre, l'aver potuto acquisire una tale esperienza, ci ha permesso di svolgere una attività formativa rivolta verso l'esterno partecipando come Istruttori ai Corsi ATLS, come Docenti al Corso "Inquadramento Diagnostico e Trattamento Multidisciplinare del Politrauma", e di organizzare, in collaborazione con i Colleghi del GAST del Policlinico Umberto I di Roma, il "Corso Teorico-Pratico di Chirurgia del Politrauma", giunto ora alla IV edizione.

Peraltro, per ciò che riguarda la realtà italiana, tutte le UU.OO. che applichino questo modello organizzativo, riescono ad avere un volume di attività in emergenza-urgenza tale da poter fornire una valida "scuola" per gli specializzandi di Chirurgia Generale.

Se possiamo dirci completamente soddisfatti della nostra attività chirurgica e clinica, un discorso diverso va fatto per ciò che riguarda lo stile di vita. È evidente che per garantire, dato un certo volume di attività, sia una quantità adeguata di interventi a tutti gli operatori sia una uniformità di preparazione culturale e trattamento, è necessario che il numero di questi sia giustamente calibrato. Nel nostro caso, in effetti, le due equipe che si turnano sono sottoposte ad un numero di giornate di servizio mensili piuttosto impegnativo. Se a ciò aggiungiamo che il 66,4% degli interventi eseguiti è stato effettuato tra le ore 19.00 e le ore 07.00 oppure durante le giornate di sabato o festive, è evidente che "the life style" non può non che essere estremamente "centrato" sull'attività lavorativa e, forse, non molto attraente.

Anche per ciò che riguarda l'aspetto "economico", l'attività in una U.O. come la nostra è sicuramente "penalizzante" al fine di un'eventuale attività libero professionale. Si consideri, infatti, che le due divisioni di Chirurgia Generale hanno effettuato, complessivamente, 117 interventi in regime di libera professione intra moenia (pari al 7,5% degli interventi), mentre presso la nostra U.O. un solo intervento è stato effettuato nel 2003 in libera professione e costituisce lo 0,1% della nostra attività. Nel lavoro dei Colleghi statunitensi con cui ci siamo confrontati (11), si fa riferimento, per migliorare la situazione economica di chi si occupa di emergenze e traumi, a quello che viene definito "on-call stipend" (compenso per ogni ora in cui si è disponibile ad essere reperibili) anche se questa formula è già stata fonte di discussione in Letteratura (15). Nella nostra realtà, un parzia-

le correttivo alla minore possibilità di attività libero-professionale, è data dal numero di ore effettuate in regime di reperibilità e, pertanto, retribuite. Nel 2003 la media per i quattro Dirigenti Medici di I Livello è stata di 496,1 ore per un importo, lordo, vicino ai 10.000 Euro, valutato sulla base ottimistica di E 20 all'ora effettivamente trascorsa in ospedale e tralasciando, per l'esiguità, l'importo relativo al "gettone" per ogni turno di reperibilità (se il compenso orario fosse stato di \$237/ora, anche calcolato solo per le ore effettivamente lavorate e non per quelle in reperibilità, passeremmo ad un compenso annuo di circa \$117,552!!).

Se però, a queste, aggiungiamo le 109,7 ore effettuate, mediamente, nell'anno e non soggette a retribuzione straordinaria, raggiungiamo le 605,8 ore extra orario (a cui vanno aggiunte un numero non precisabile di giornate di recupero non godute) e, pertanto, torniamo al discorso sullo stile di vita che non diviene certo, neanche sotto questa luce, più attraente.

È evidente, che l'incentivazione ad occuparsi di patologie che obbligano a questi ritmi, non può venire dal pagamento "a cottimo" delle ore in reperibilità ma dovrebbe essere verificato un nuovo "strumento" che possa riconoscere l'importanza di un'attività altrimenti penalizzante.

Infine, tra gli elementi negativi di una simile organizzazione va, al momento, annoverata la mancanza di sufficienti "sbocchi di carriera".

Conclusioni

Parafrasando una frase cara ai Pediatri, si può affermare che il paziente che deve essere operato in urgenza, ed ancor più se per una patologia traumatica, non è soltanto una persona che deve essere operata in tempi più brevi ma è un paziente che necessita di un approccio specifico: saper affrontare situazioni in emergenza senza avere, spesso, una completa diagnosi pre-operatoria, gestire lesioni drammatiche in sala operatoria allontanandosi da quella che è la nostra pratica chirurgica per effettuare non il miglior intervento ma quello migliore compatibile con la sopravvivenza del paziente, trattare conservativamente gravi lesioni traumatiche potendo reagire immediatamente ad ogni peggioramento delle condizioni cliniche, non può essere bagaglio culturale né obiettivo comune a tutte le divisioni chirurgiche. Così, anche il farsi carico della gestione di pazienti anziani senza il tempo di stabilizzare patologie pregresse, non può essere la "mission" di tutti.

È pertanto evidente che l'esistenza di una U.O. dedicata al trattamento delle emergenze-urgenze traumatiche e non traumatiche può essere una scelta valida per un Ospedale in cui esistano più divisioni chirurgiche garantendo una specifica ed uniforme preparazione culturale. Se la validità di questo modello si basa sulla possibilità di offrire a tutti gli operatori una adeguata attività chi-

chirurgica, possiamo sicuramente affermare, in base ai risultati ottenuti, che nella nostra realtà ciò avviene come è avvenuto presso il Centro statunitense a cui abbiamo fatto riferimento.

I Medici della U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma hanno un volume di interventi che è addirittura superiore a quello dei Collegi delle Chirurgie Generali e con un buon livello di complessità, cosa che, peraltro, non sarebbe possibile con la sola patologia traumatica.

Abbiamo, inoltre, la possibilità di gestire un numero elevato di pazienti con caratteristiche di severa gravità in collaborazione con i colleghi anestesisti e rianimatori.

Tuttavia, solo nel 42% dei DEA di II livello è presente una U.O. unica di guardia e di queste il 25% è una Chirurgia d'Urgenza; nel 58% l'attività in urgenza è svolta a rotazione dimostrando, ancora una volta, che il problema della chirurgia d'urgenza e, soprattutto, della chirurgia del trauma viene affrontato nel nostro Paese in modo del tutto frammentario.

Peraltro è evidente che la nostra organizzazione, la cui "forza" sta proprio nel numero ridotto dei medici, può non essere per tutti applicabile.

Possiamo pertanto concludere che per affrontare adeguatamente la patologia traumatica e le emergenze-urgenze chirurgiche è necessaria una specifica preparazione culturale ed una continua pratica "sul campo" che non può essere comune a molti chirurghi dello stesso centro; che l'insieme di queste patologie può fornire un "case mix" tale da garantire un numero di interventi di buona complessità a ciascun chirurgo e che pertanto una U.O. dedicata, calibrata sul volume/pazienti dell'Ospedale è una valida proposta organizzativa e può essere una valida fonte di preparazione per "chirurghi in formazione"(16); si dimostra, quindi la validità della proposta contenuta nel Documento Intersocietario citato.

Non va dimenticato, però, che questa organizzazione, se da un lato risulta estremamente motivante, dall'altro può comportare, ritmi di lavoro usuranti con modesta soddisfazione economica e scarse prospettive di carriera. Per migliorare l'attività lavorativa, può essere proposto, come già avviene nel nostro Ospedale, la gestione non diretta delle patologie a basso grado di complessità o la presenza, quando possibile, di Medici Specializzandi di branche chirurgiche che sicuramente trarrebbero notevole beneficio da questa esperienza.

Sul piano economico e di carriera, rimaniamo, fiduciosi, in attesa di un futuro assetto.

Riassunto

Background: Lo scopo del lavoro è valutare se il trattamento della patologia traumatica associata alla gestione delle emergenze-urgenze di chirurgia generale può offrire una buona esperienza chirurgica ed essere un modello organizzativo per un Trauma Center.

Materiali e Metodi: Sono stati valutati, per la durata di un anno, il numero di interventi eseguiti dalla U.O. di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma dell'Ospedale Maggiore di Bologna, la gravità dei pazienti e la attività eseguita in ore notturne o festive comparandola con l'attività delle divisioni di Chirurgia Generale del nostro Ospedale.

Risultati: Presso la Chirurgia d'Urgenza e del Trauma viene eseguito un numero di interventi per chirurgo superiore a quello delle Chirurgie Generali (133,7Vs102,6) e su pazienti che necessitano più spesso di ricovero in Terapia Intensiva; il 51,8% della attività in emergenza o per traumi è stata effettuata in ore notturne.

Conclusioni: L'occuparsi di chirurgia del trauma e di emergenze-urgenze di chirurgia generale offre una buona e varia attività chirurgica confrontata con quella di chirurgia generale ma al prezzo di un peggiore "stile di vita" e, tuttavia, può essere un valido modello organizzativo per un Trauma Center.

Parole chiave: Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia del Trauma, Chirurgia Generale

Bibliografia

- 1) Ribaldi S., Calderale S.M. et al.: *Ricerca sulla Gestione della Emergenza Chirurgica in Italia*. Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma. In corso di pubblicazione.
- 2) Richardson J.D.: *Trauma centers and trauma surgeons: have become too specialized?* J Trauma, 2000; 48:1-7.
- 3) Lukan J.K., Carrello E.H., Franklin G.A., Spain D.A., Miller F.B., Richardson J.D.: *Impact of recent trends of noninvasive trauma evaluation and nonoperative management in surgical resident education*. J Trauma, 2001; 50:1015-1019.
- 4) Esposito T.J., Maier R.V., Rivara F.P., Carrico C.J.: *Why surgeons prefer not to care for trauma patients*. Arch Surg, 1991; 126:292-297.
- 5) Richardson J.D., Miller F.B.: *Will the future surgeons be interested in trauma care? Results of a residents survey*. J Trauma, 1992; 32:229-235.
- 6) Richardson J.D., Miller F.B.: *Is there an ideal model for training the trauma surgeons on the future?* J Trauma, 2003; 54:795-797.
- 7) Bland KI, Isaacs G.: *Contemporary trends in students selections of medical specialties. The potential impact on General Surgery*. Arch Surg, 2002; 137:259-267.
- 8) Fakhry S.M., Watts D.D., Michetti C., Hunt J.P.: *The resident experience on trauma: declining surgical opportunities and career incentives*. J Trauma, 2003; 54:1-7.
- 9) Schwartz R.W., Haley J.V., Williams C. et al.: *The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection*. Acad Med, 1990; 65:207-210.
- 10) Taheri P.A., Butz D.A., Lottenberg L. et al.: *The cost of trauma center readiness*. The American Journal of Surgery, 2004; 187:7-13.

- 11) Scherer L.A., Battistella F.D.: *Trauma and emergency surgery: an evolutionary direction for trauma surgeons*. J Trauma, 2003; 56:7-12.
- 12) Tugnoli G., Casali M., Villani S., Biscardi A., Baldoni F.: *Il trattamento delle lesioni spleniche: dalla splenectomia alla gestione non operatoria. Nostra esperienza su 429 casi*. Ann Ital Chir, 2003; LXXIV,1:37-43.
- 13) Tugnoli G., Casali M., Villani S., Biscardi A., Baldoni F.: *Il trattamento conservativo dei traumi del fegato*. Atti XXX Congresso Nazionale S.I.C.U.T., Milano 2002.
- 14) Baldoni F., Casali M., Maffi M.F., Tugnoli G., Villani S., Montalti R.: *Il trattamento del trauma toraco addominale presso il trauma center dell'Ospedale Maggiore*. Ann Ital Chir, 2001; LXXII suppl, 2:323-326.
- 15) Turkey D.: *What price commitment? Point/counterpoint*. Bull Am Coll Surg, 2003; 88:9-16.
- 16) Reilly P.M., Schwab C.W., Haut E.R., Gracias V.H. et al.: *Training in trauma surgery. Quantitative and qualitative aspects of a new paradigm for fellowship*. Annals of Surgery, 2003; 238 (4):596-604.

Autore corrispondente:

Dott. Gregorio TUGNOLI
Chirurgia d'Urgenza e del Trauma
Azienda USL di Bologna
Ospedale Maggiore
L.go Nigrisoli, 2
40133 BOLOGNA
e-mail: gregorio.tugnoli@ausl.bologna.it

