



NAPOLI 27 – 28 SETTEMBRE

Aula Magna Scuola di Medicina di Scampia
Centro Congressi Università degli Studi di Napoli Federico II
Via Valerio Verbano Snc, Scampia - Napoli

CON IL PATROCINIO DI:



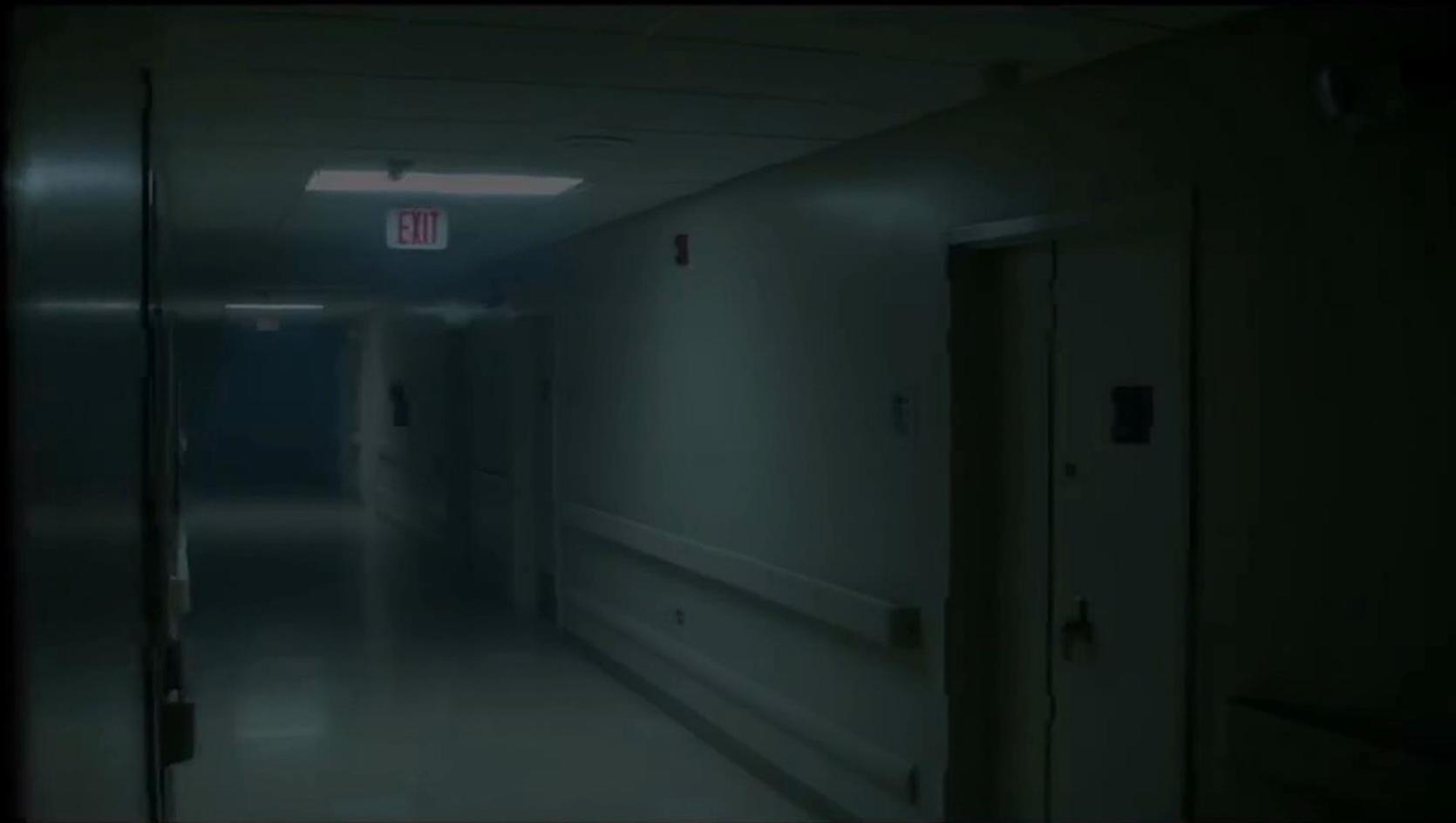
I Sessione: Emergenza Urgenza “La rete tempo dipendente del Trauma e le urgenze chirurgiche nella Asl Napoli 1 Centro”

Presidente: *Ciro Fittipaldi*

Moderatori: *M.F. Armellino - Lucia Morelli - Gennaro Napoletano*

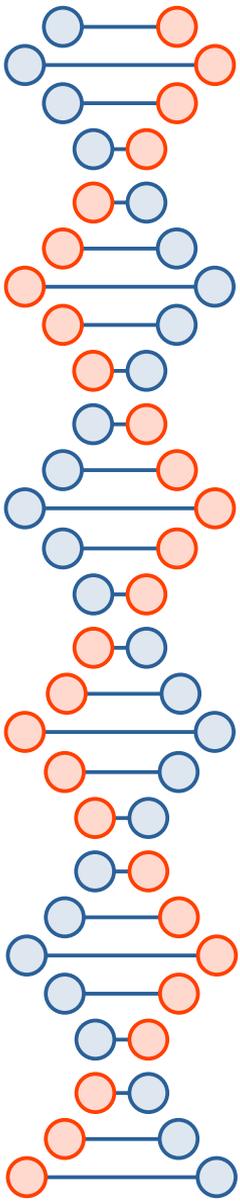
**I Trauma Center
Giuseppe Militerno**





I TRAUMA CENTER

I Trauma Center nascono negli anni 70
negli Stati Uniti come centri per il
trattamento dei traumi maggiori



I TRAUMA CENTER

I sistemi di assistenza furono implementati per la prima volta durante la Guerra Civile dal 1861 al 1865.

Il triage, le stazioni di soccorso e il trasporto rapido agli ospedali da campo o generali sarebbero rudimentali per gli standard odierni,

- ma questo sistema fu un risultato significativo per l'epoca e pose le basi per la gestione degli infortuni durante la prima e la seconda guerra mondiale e la guerra di Corea.

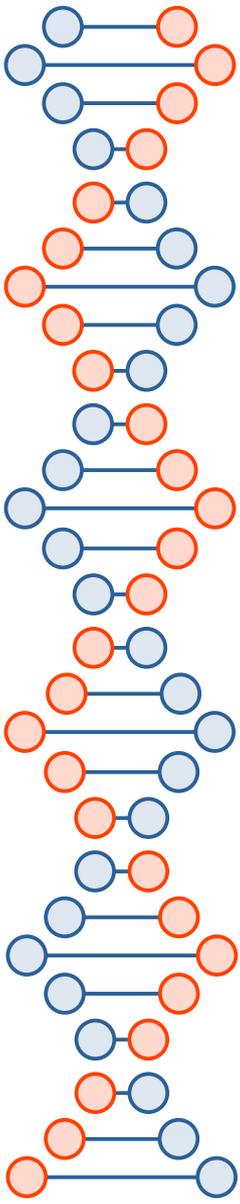


I TRAUMA CENTER



Ulteriori progressi nel trasporto medico, compreso l'uso di elicotteri durante le guerre di Corea e Vietnam, hanno dimostrato che una rapida evacuazione verso cure definitive (un centro traumatologico o una struttura che fornisce una gamma di cure a tutti i pazienti feriti), salva vite umane.

- American College of Surgeon ha inoltre creato una serie di programmi educativi tra cui **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**, introdotto nel **1980** per insegnare metodi per la gestione immediata dei pazienti feriti, tra cui la rianimazione e la stabilizzazione, nonché il triage e il trasferimento.



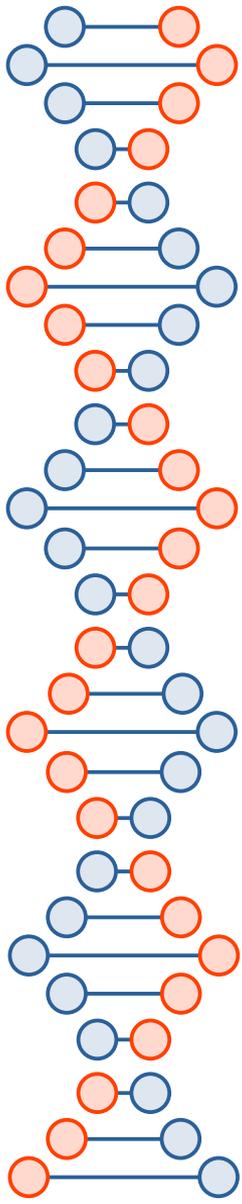
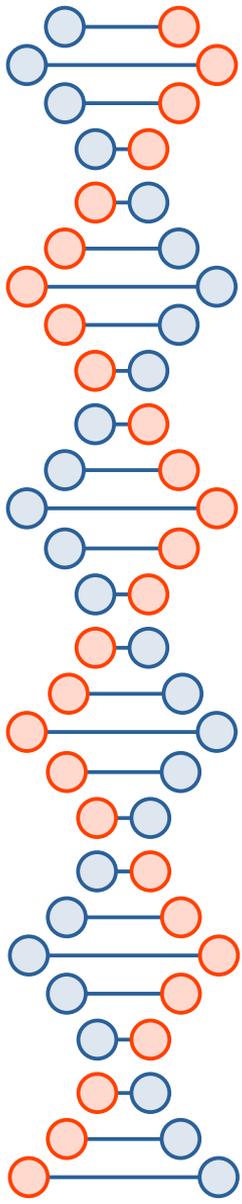


Tavola 1.1 - Tassi standardizzati di mortalità per sesso, titolo di studio e causa di morte, per 10.000 residenti - Italia, età 30 anni e più, anno 2019

	maschi				femmine			
	Titolo di studio				Titolo di studio			
causa di morte	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma di scuola media superiore	Laurea o titolo di studio superiore	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma di scuola media superiore	Laurea o titolo di studio superiore
traumatismo e avvelenamento	7,15	6,47	5,64	5,10	3,15	3,11	3,05	2,91

Tavola 1.22 - Tassi standardizzati di mortalità per sesso, titolo di studio e causa di morte, per 10.000 residenti - Regione Campania, età 30 anni e più, anno 2019

	maschi				femmine			
	Titolo di studio				Titolo di studio			
causa di morte	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma di scuola media superiore	Laurea o titolo di studio superiore	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma di scuola media superiore	Laurea o titolo di studio superiore
traumatismo e avvelenamento	5,76	4,77	5,07	5,69	3,60	3,35	3,09	2,98



PROSPETTO 1. INCIDENTI STRADALI, MORTI, FERITI E TASSO DI MORTALITÀ PER PROVINCIA. CAMPANIA. Anni 2021 e 2020, valori assoluti e variazioni percentuali

PROVINCE	2021			2020			Morti Differenza 2021/2020 (valori assoluti)	Morti - Variazioni % 2021/2019	Morti - Variazioni % 2021/2010	Tasso di mortalità 2021
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti				
Caserta	1.361	53	2.024	1.012	44	1.516	9	-14,5	-8,6	5,9
Benevento	226	10	344	182	9	254	1	-9,1	-23,1	3,8
Napoli	4.698	89	6.412	3.789	81	5.054	8	2,3	-8,3	3,0
Avellino	402	12	598	314	11	446	1	0,0	-33,3	3,0
Salerno	2.327	50	3.455	1.791	31	2.687	19	-2,0	-26,5	4,7
Campania	9.014	214	12.833	7.088	176	9.957	38	-4,0	-15,8	3,8
Italia	151.875	2.875	204.728	118.298	2.395	159.248	480	-9,4	-30,1	4,9

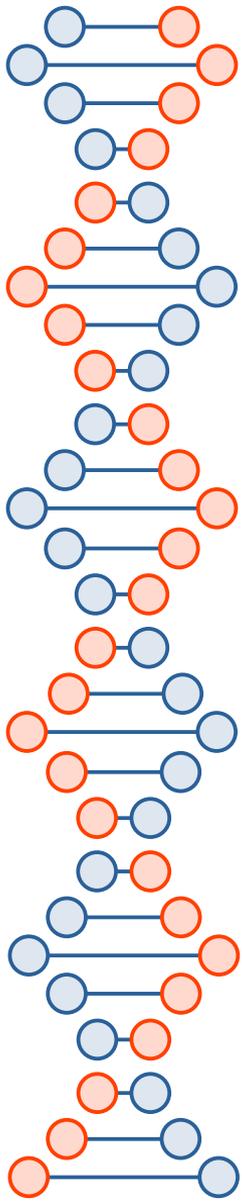


FIGURA 5. INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI PER MESE, CAMPANIA.

Anno 2021, composizioni percentuali

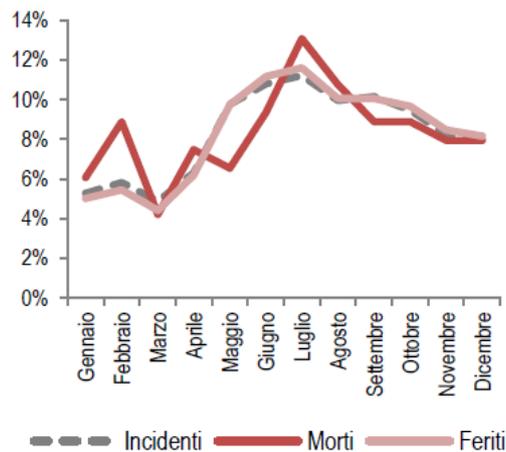


FIGURA 6. INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE PER ORA DEL GIORNO, CAMPANIA.

Anno 2021, valori percentuali.

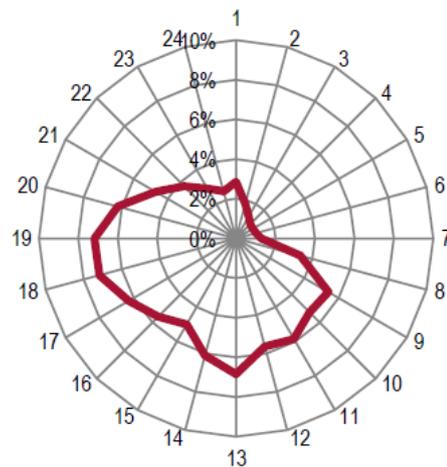
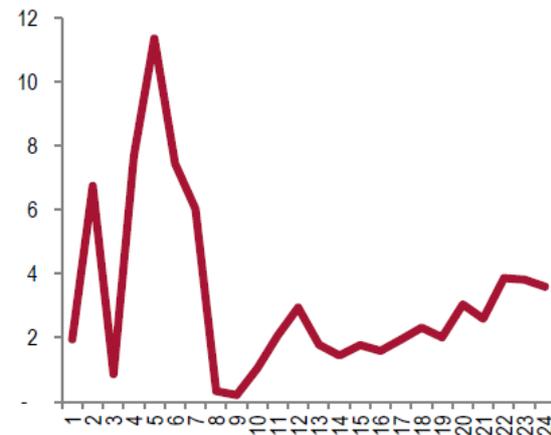


FIGURA 7. INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE PER ORA DEL GIORNO, CAMPANIA.

Anno 2021, indice di mortalità.



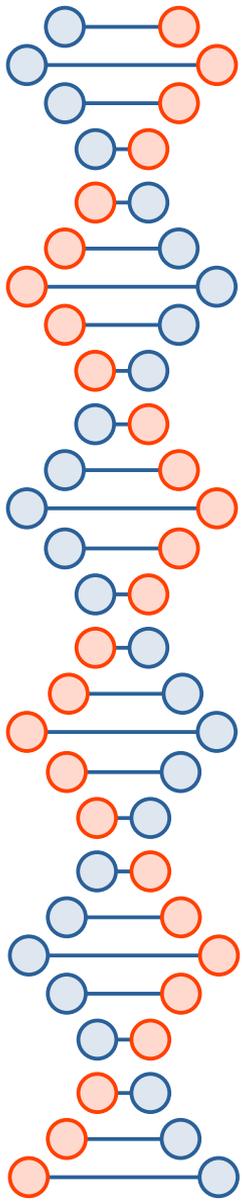


FIGURA 8. MORTI PER GENERE, CLASSE DI ETÀ (asse sinistro, valori assoluti) **E INDICE DI MORTALITÀ STANDARDIZZATO** (asse destro, valori per 100.000 abitanti), **CAMPANIA**. Anno 2021. (a)

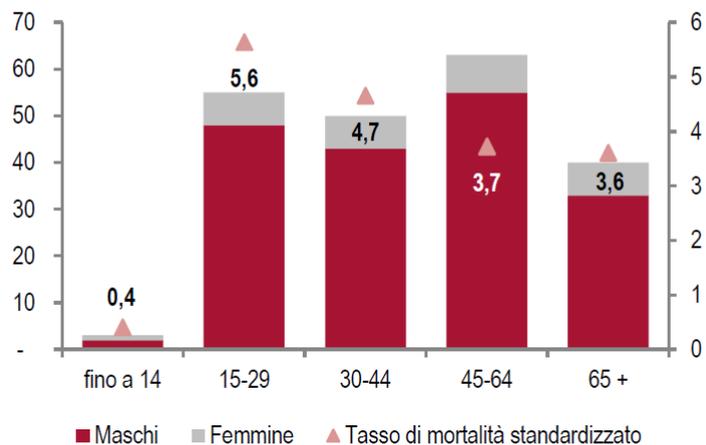
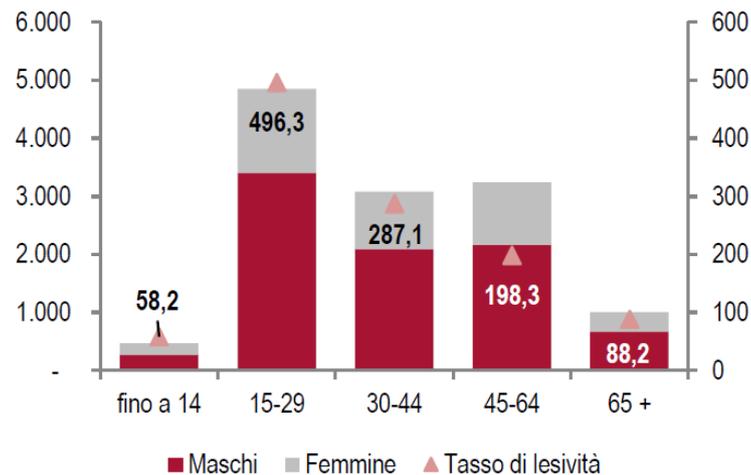
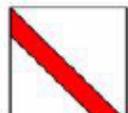
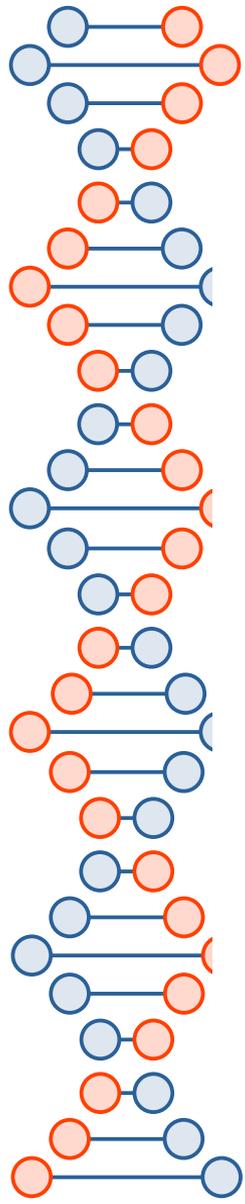


FIGURA 10. FERITI PER GENERE, CLASSE DI ETÀ (asse sinistro, valori assoluti) **E TASSO DI LESIVITÀ STANDARDIZZATO** (asse destro, valori per 100.000 abitanti), **CAMPANIA**. Anno 2021.





BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 2 del 14 Gennaio 2019

PARTE I  Atti della Regione

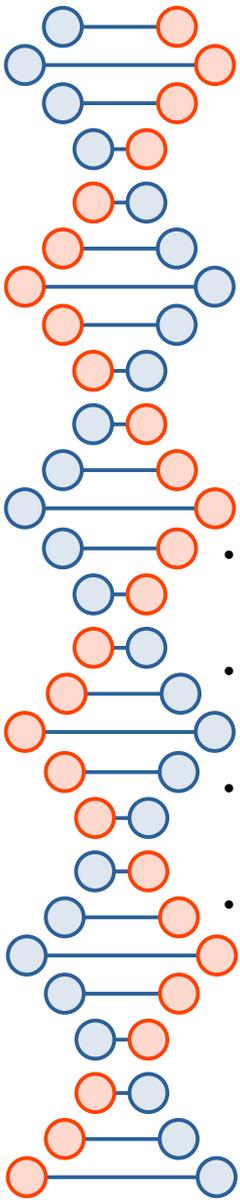
Regione Campania

***Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)***

DECRETO N. 103 DEL 28.12.2018

**OGGETTO: Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.
70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018**

(Delibera del Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta i: "completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n.70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio")



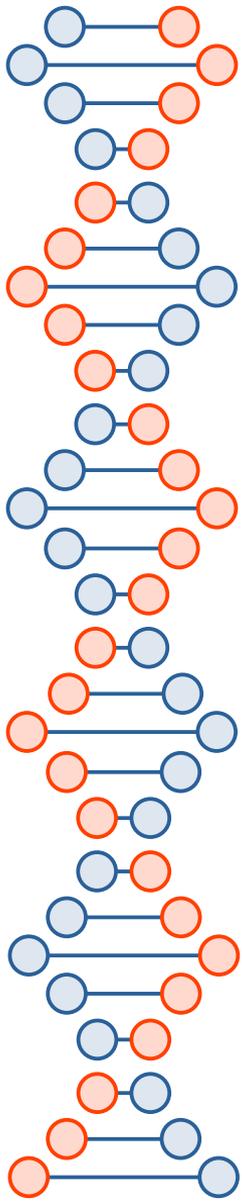
10.3 - La rete per il trauma

10.3.1 – Premessa

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni. Riguarda prevalentemente fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale, con residue condizioni invalidanti. La rilevanza del tema è stata evidenziata anche per l'interessamento della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità su indicazione del Ministro della Salute con la produzione di un documento del luglio 2004. In esso si affronta la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso:

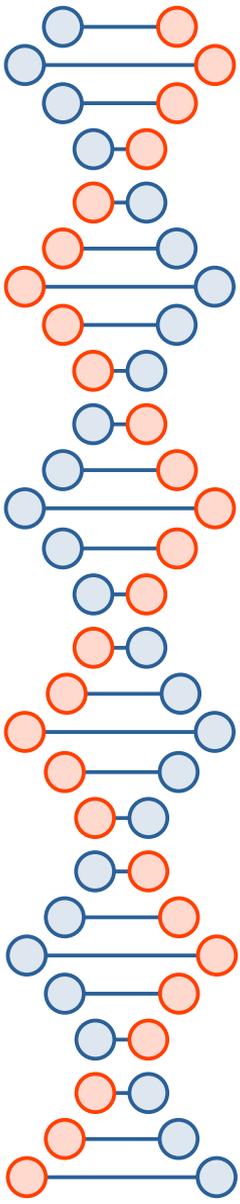
- la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
- la connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione





Questi aspetti sono stati affrontati anche nell'ambito dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002 sulle "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni", che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione. Più recentemente il Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera", approvato con Intesa Stato Regioni n. 95 del 5 agosto 2014, ha esplicitamente previsto la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti SIAT.





10.3.2 - Sistema Integrato per Assistenza al Trauma (SIAT)

L'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati "Trauma System" o Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) consente una riduzione dei decessi evitabili per trauma. La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto.

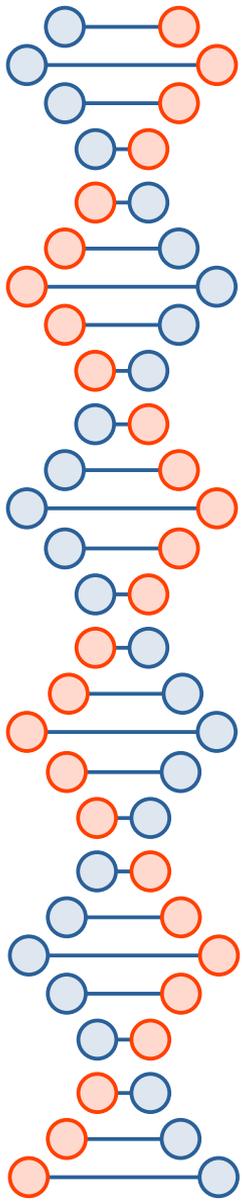
.....

Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori.

.....

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche **sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche**, ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.



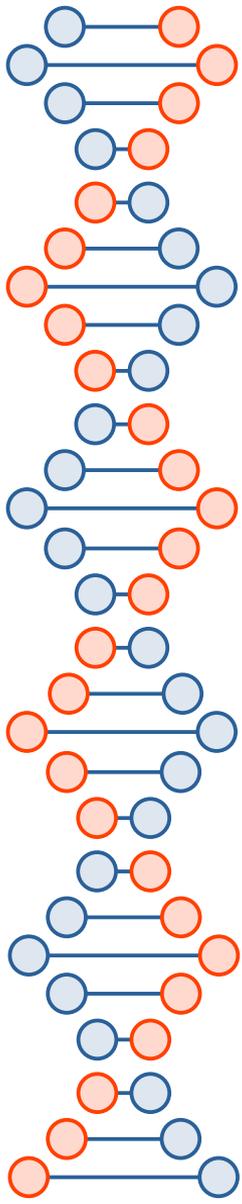


Il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete:

CTZ (Centro Traumi di Zona), PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi).

Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. La Regione predisporrà adeguati protocolli operativi e formativi per il buon funzionamento della rete.





L'intero sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate in:

- **Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS)**: afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni). **I CTS sono individuati presso:**



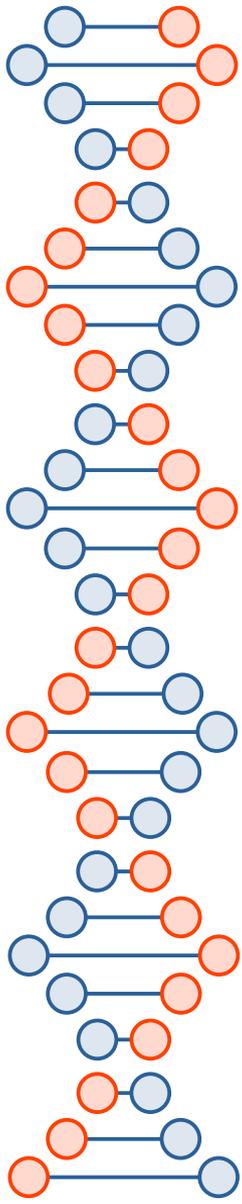
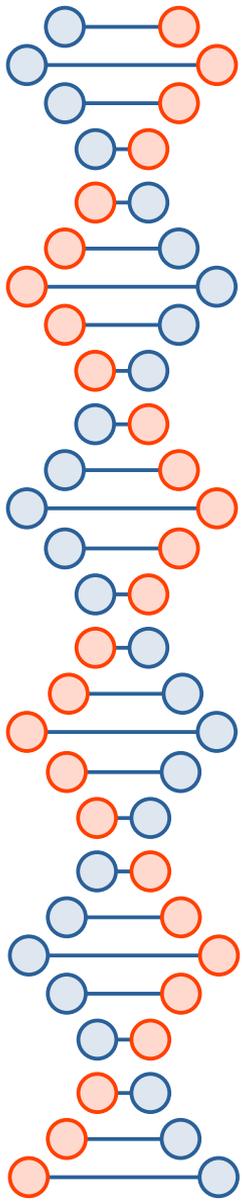


Tabella 64 - I nodi della Rete del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT)

AREA	CTS	CTZ	PST (*)
AV-BN-CE	AO San Sebastiano	AO Moscati	
		AO San Pio	
NA	Ospedale del Mare	AO Cardarelli Azienda dei Colli (CTO)	
SA	AOU Ruggi	PO Vallo della Lucania PO Nocera Inferiore	

() Tutti i presidi pubblici e privati con Pronto Soccorso e Terapia Intensiva come rilevato nella Rete dell'emergenza - urgenza*





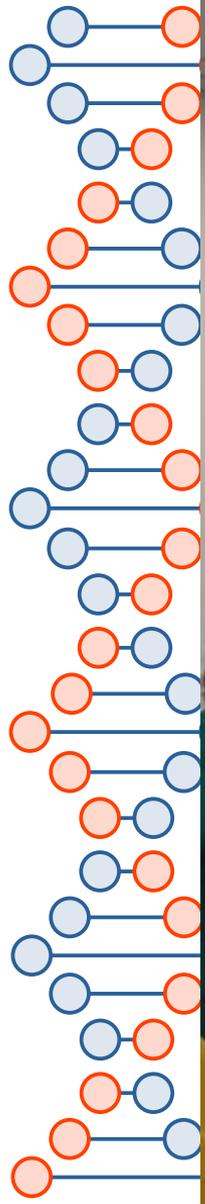
ATTO AZIENDALE

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

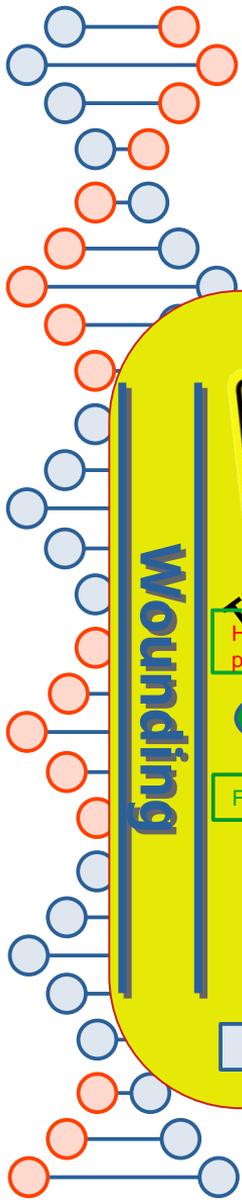
OSPEDALE DEL MARE
PRESIDIO OSPEDALIERO - DEA II LIVELLO

PROSPETTO DEI P.L. PER DISCIPLINE CON INDICAZIONE DELLA TIPOLOGIA U.O.

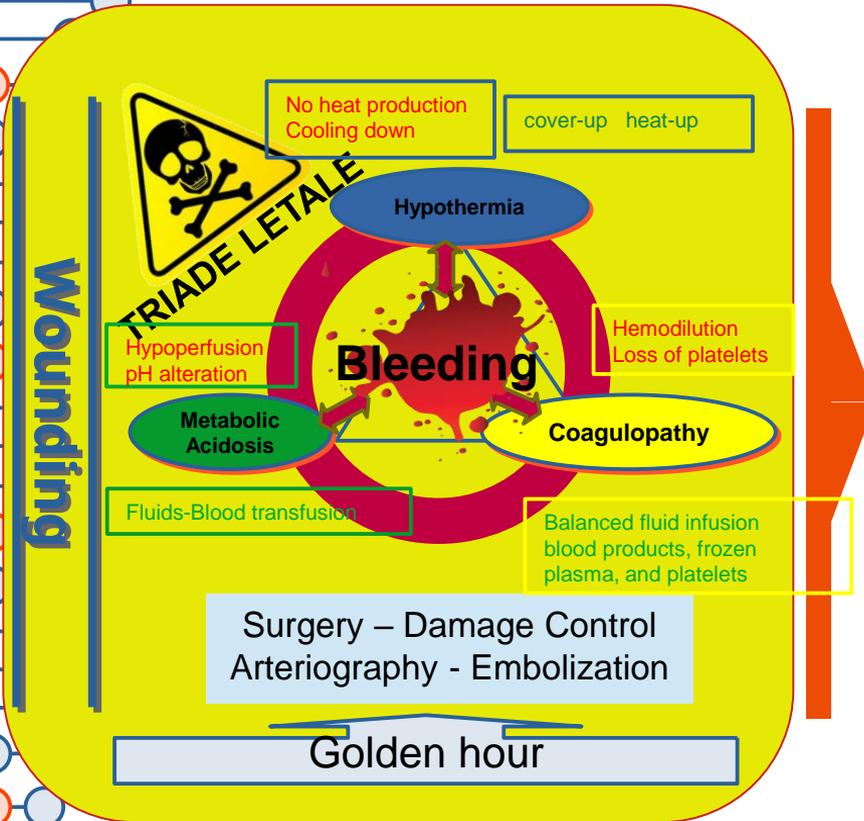
disciplina	p.l.		tot.	tipologia Unità Operativa		
	parz			complessa	semplice	dipartim.
	DO	DH/DS				
Chirurgia Generale			49			
Chirurgia generale	28	=		1	=	=
Chirurgia d'urgenza e del trauma	10	=		=	1	=
Chirurgia senologica	6	=		=	=	1
Chirurgia endocrina ed ecoguidata	5	=		=	=	1



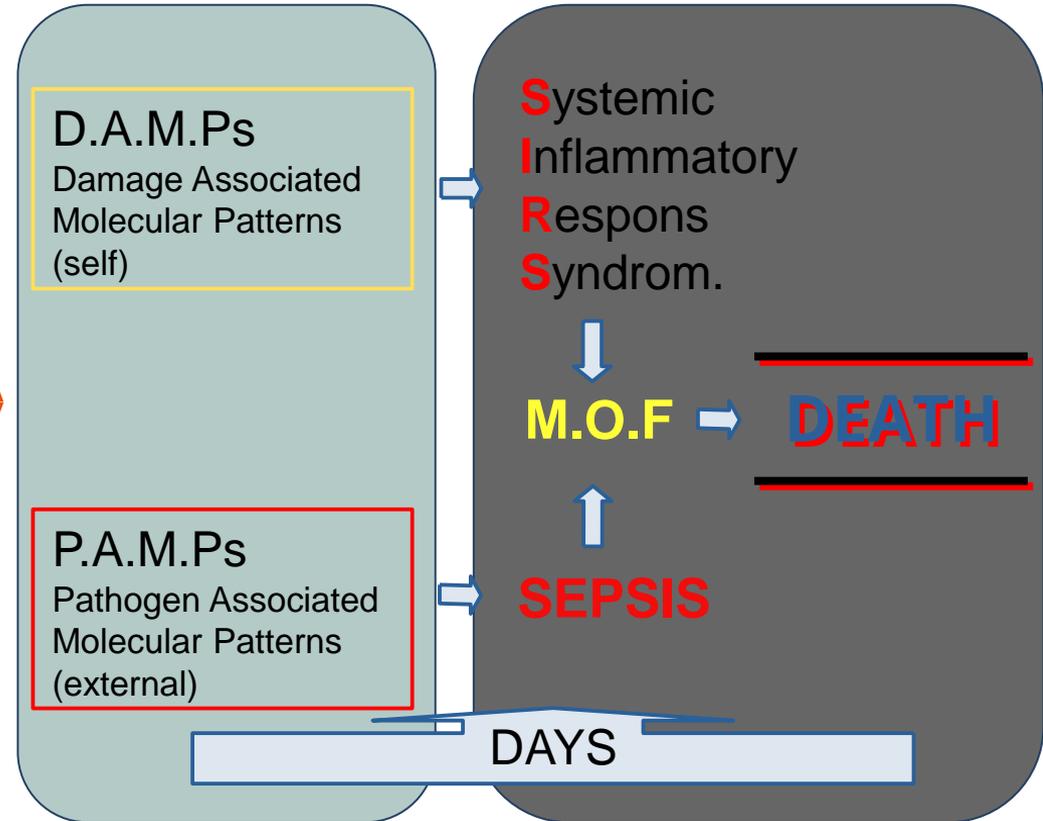




DIRECT



INDIRECT

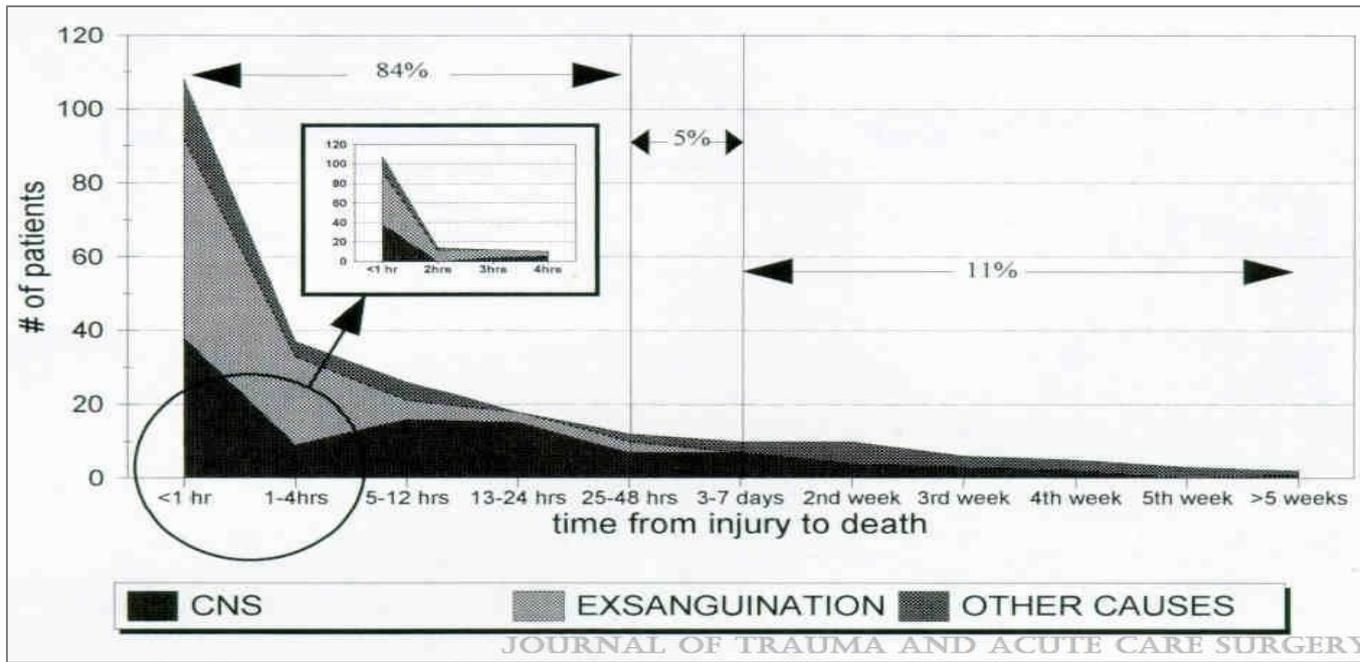


Indirect Effects of Wounding

- uncontrolled bleeding has been reported to cause:

25% of all injury-related deaths

40–80% of potentially preventable deaths, both in military and in civilian

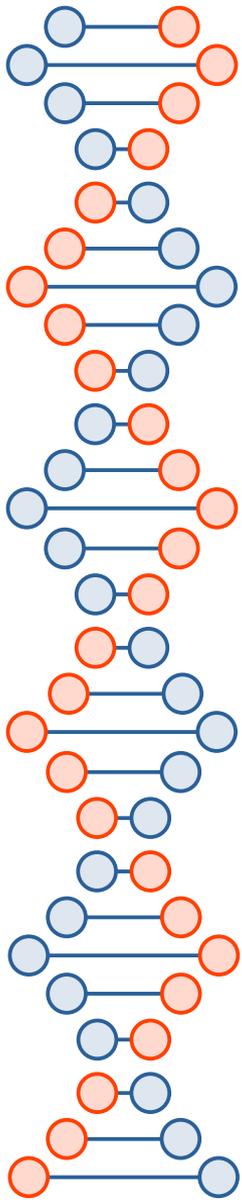


[Epidemiology of Trauma Deaths: A Reassessment](#)

Sauaia, Angela; Moore, Frederick A.; Moore, Ernest E.; Moser, Kathe S.; Brennan, Regina; Read, Robert A.; Pons, Peter T.
Journal of Trauma and Acute Care Surgery 38(2):185-193, February 1995.



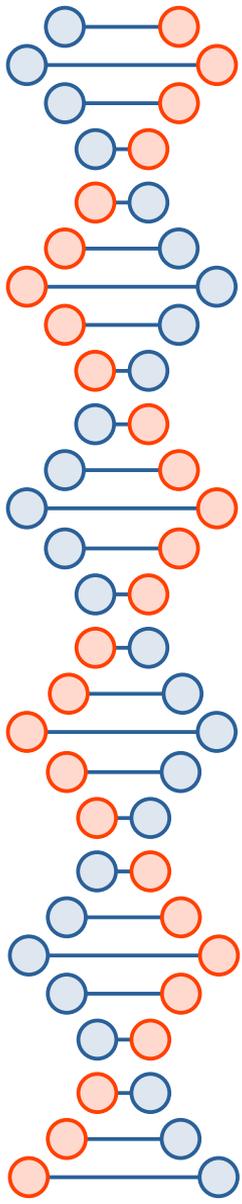
Statistiche Diagnosi dal 01/01/2019 al 26/9/2023



Codice diagnosi dal 8630 al 8691 Traumi Addome UOC Ammissione	Pazienti
CHIRURGIA GENERALE	2
CHIRURGIA TORACICA	4
CHIRURGIA URGENZA	96
ENDOCRINOLOGIA	1
MECAU	1
MEDICINA INTERNA	1
NEUROCHIRURGIA	2
NEUROLOGIA	1
TERAPIA INTENSIVA	16
UROLOGIA	1
Totale	125

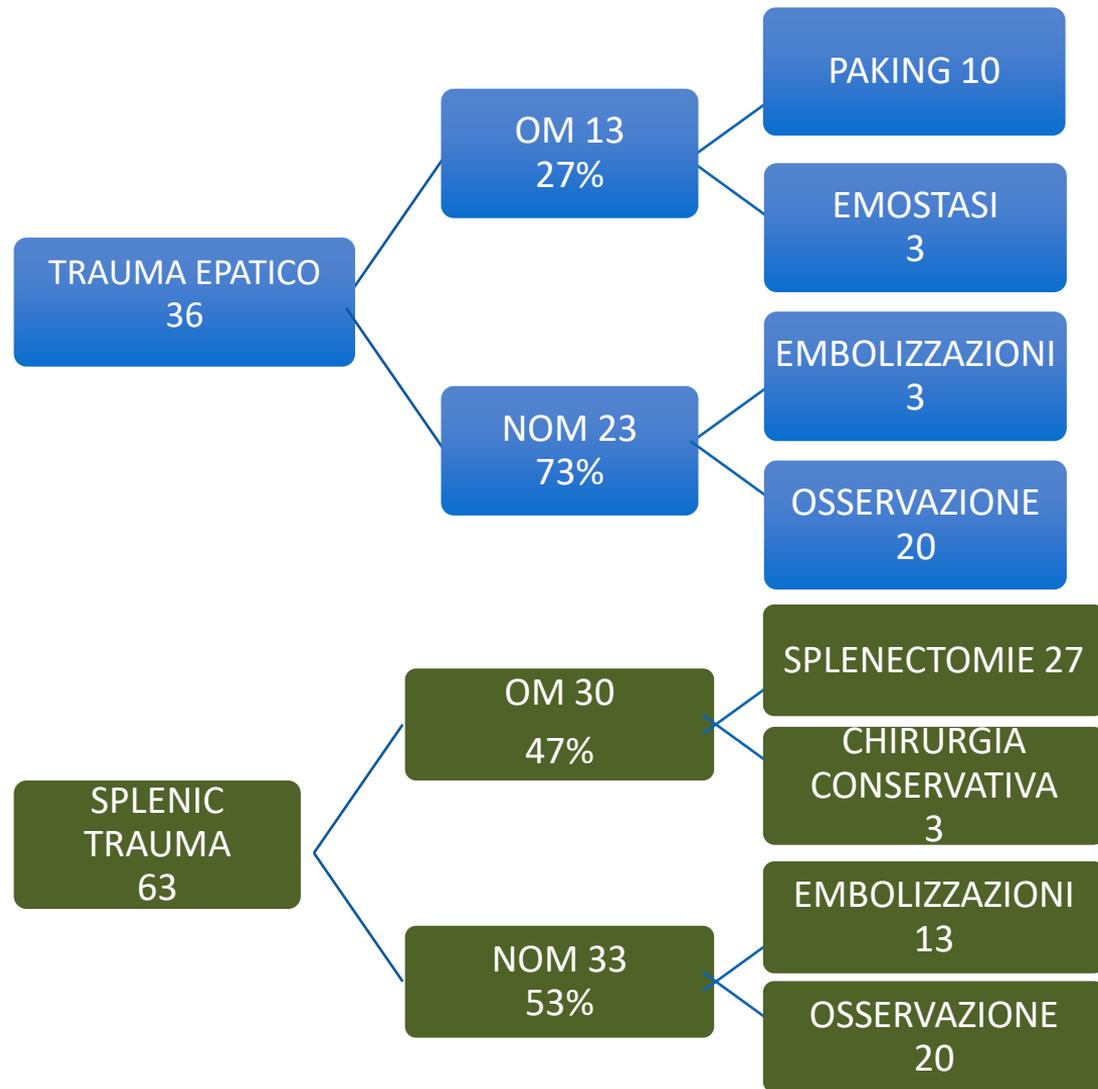
Codice diagnosi dal 86120 al 8629 Traumi Toracici UOC Ammissione	Pazienti
CHIRURGIA GENERALE	2
CHIRURGIA TORACICA	10
CHIRURGIA URGENZA	27
MECAU	6
NEUROCHIRURGIA	1
ORTOPEDIA D'ELEZIONE	1
TERAPIA INTENSIVA	11
Totale	58

Codice diagnosi dal 72760 al 72769 Rottura traumatica tendini UOC Ammissione	Pazienti
CHIRURGIA URGENZA	1
CHIRURGIA VASCOLARE	2
MEDICINA INTERNA	1
ORTOP E TRAUM	40
ORTOPEDIA D'ELEZIONE	1
Totale	45



Codice diagnosi dal 86400 al 86419 Traumi Fegato UOC Ammissione	Pazienti
CHIRURGIA TORACICA	1
CHIRURGIA URGENZA	30
MEDICINA INTERNA	1
NEUROLOGIA	1
TERAPIA INTENSIVA	3
Totale	36

Codice diagnosi dal 86500 al 86519 Trauma Splenici UOC Ammissione	Pazienti
CHIRURGIA GENERALE	1
CHIRURGIA TORACICA	2
CHIRURGIA URGENZA	50
MECAU	1
NEUROCHIRURGIA	2
TERAPIA INTENSIVA	7
Totale	63



Pz coinvolta in incidente stradale su Tangenziale
Trasportata in PS da autovettura di passanti.

Lasciata sul posto da operatori del 118 che la ritenevano la meno grave dei feriti.

La paziente è cosciente e ben orientata GCS15

Riferisce i suoi dati anagrafici e la sua età **13 anni Cerca la mamma**

Scheda di Triage N 2022015306



6277be9f8544663774ae3271

Triage

Anagrafica

Cognome [REDACTED]

Nome [REDACTED]

Nato/a a 02/03/2009

Comune Nascita NAPOLI

Cod. Fis.: RSLLTZ09C42F839W

Sesso F Età

Comune residenza NAPOLI

Indirizzo VIA [REDACTED] A

C.A.P.

Cittadinanza ITALIANA

A.S.L. NA/1 CENTRO

Stato Civile Non Dichiarato

Documento SPROVVISTO

Telefono [REDACTED]

Età calcolata 13 AA

Dati di Entrata

Modalità di arrivo Autonomo (arrivato con mezzi propri)

Data Accesso 08/05/2022

Ora accesso 14:58

Centrale

Cod Centrale

Cod chiamata

Provenienza Decisione Propria

Infortuni/Incidenti INCIDENTE IN STRADA

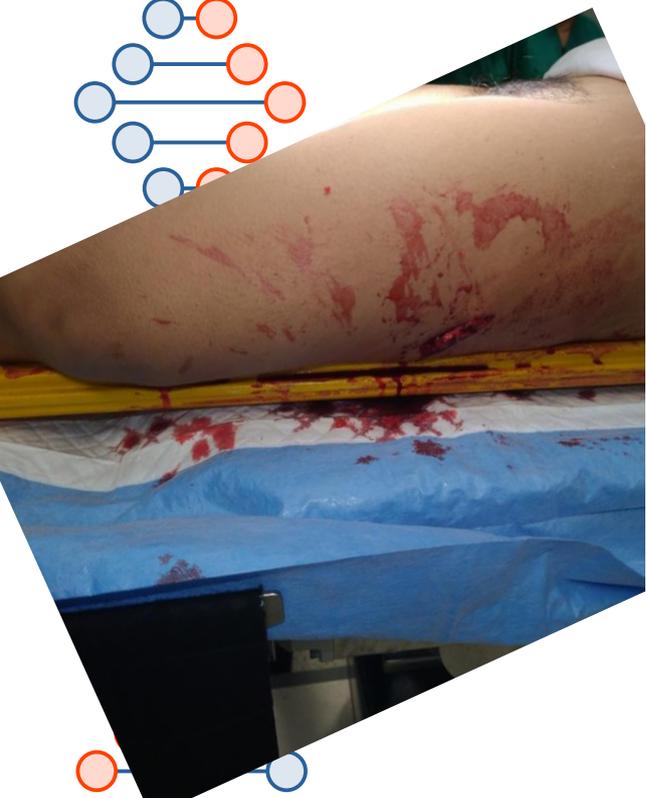
Istituto di provenienza

Luogo Evento CASORIA

Località

Data Evento 08/05/2022

Circostanze RIFERITO INCIDENTE CON ALTRA
AUTOVETTURA



02/03/2009

08/03/2022 15:03:42

TOSHIBA Aquilion PRIME
Corentine

13A2M,Femmina,D1477313

100% Pixel

SI:6
ID richiesta: 4098716

Risoluzione originale
DFOV:55.2 x 149.2 cm

Pos. paziente: HFS

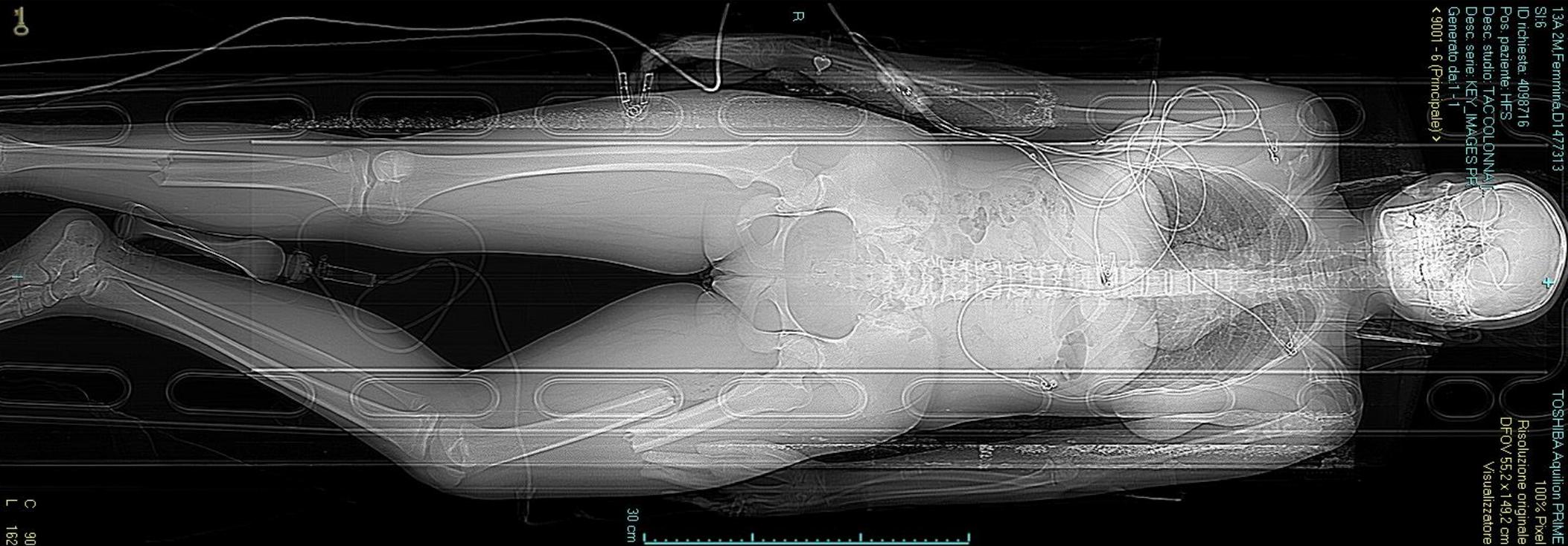
Desc. studio: TACCOLONNA

Visualizzatore

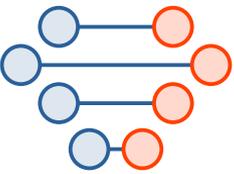
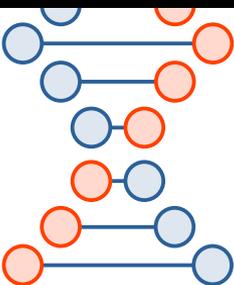
Desc. serie: KEY_IMAGES_PR

Generato da: 1 - 1

< 9001 - 6 (Principale) >



30 cm



C 90
L 162

key

Viene presa in carico dal personale in Codice Rosso
Vengono inserite due linee infusive periferica
Viene eseguito emogas

Referto Consulenza

CARTELLA N.2022015306



6277ca41a867940ed8fd4ed8

Cognome: ██████████

Nome: ██████████

Data Nascita: 02/03/2009

Consulenza: VISITA ANESTESIOLOGICA GENERALE 897.01

del 08/05/2022 15:07

da PRONTO SOCCORSO 0000

richiedente MAURIZIO DE MAIO 295137

Quesito: politrauma

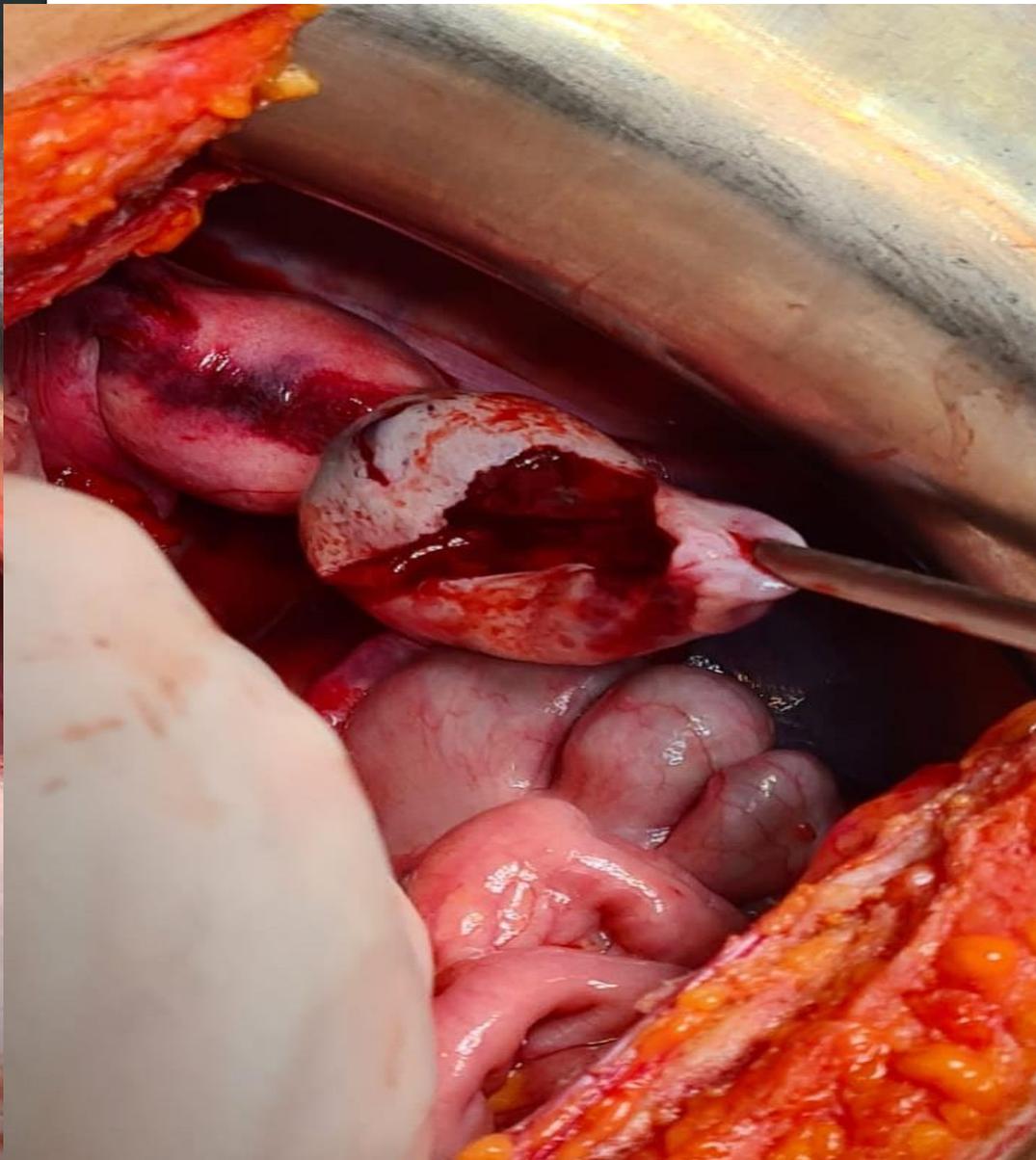
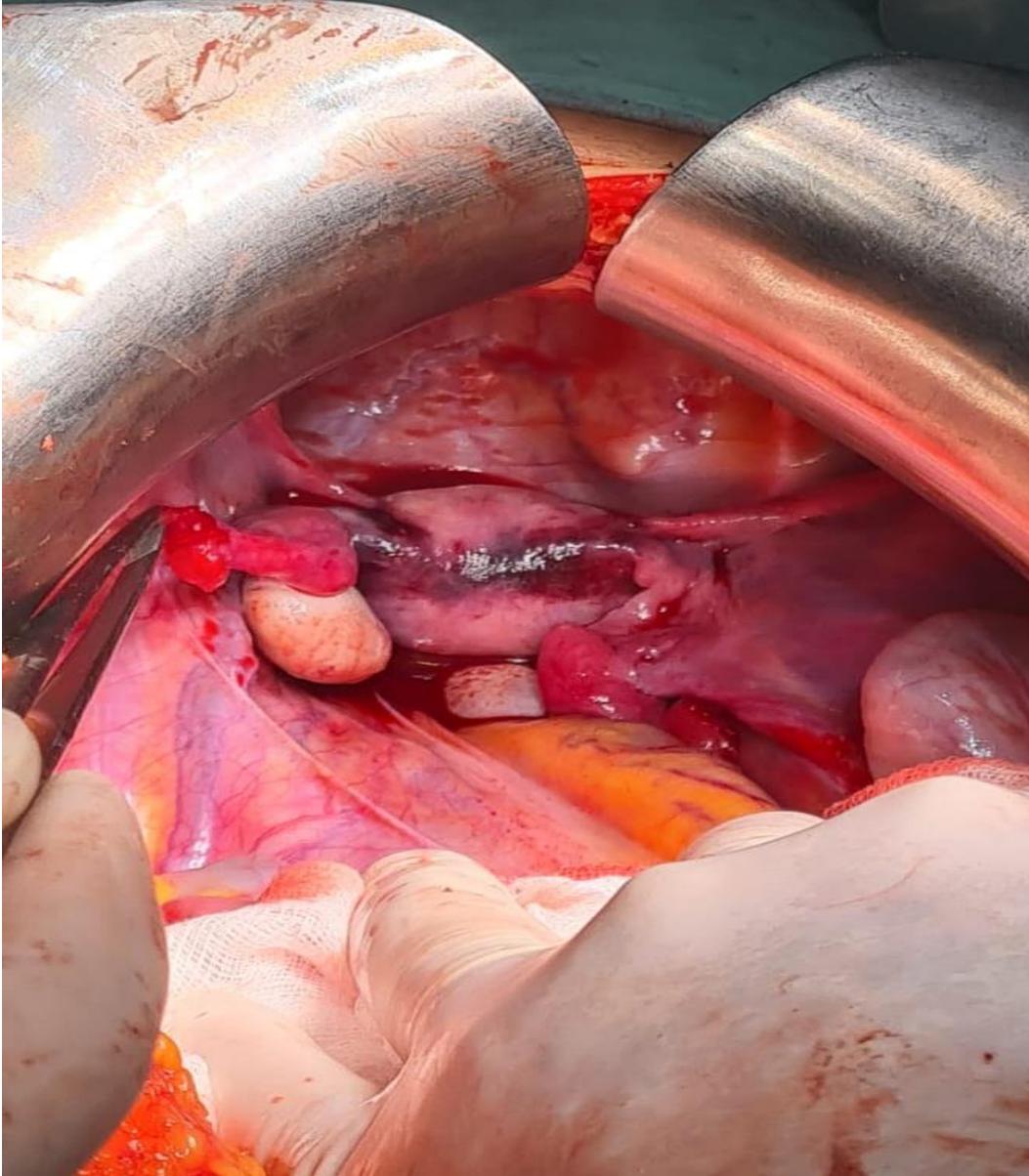
Referto:

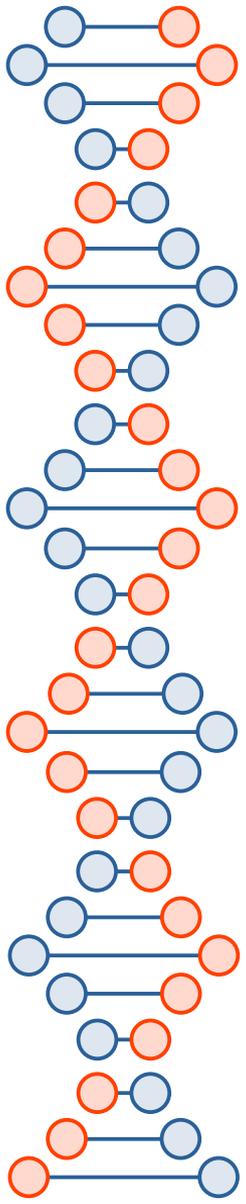
Pz vigile, cosciente e collaborante. Pupille isocoriche, isocicliche e fotoreagenti. SpO2 96% in aria ambiente. Eupnoica. La pz non ha memoria dell'evento traumatico. Gamba sinistra extraruotata con FLC nella porzione laterale della coscia del medesimo lato. PA 100/50 mmHg, FC 130 bpm. Addome dolente alla palpazione profonda e superficiale. Presenza di 2 cvp 18 G. Si prende visione eab da cui si evince Lat 3, Hb 12.5. La pz ha praticato prelievi per esami ematochimici. Si accompagna in sala radiologica per l'esecuzione di TC Total body con e senza mdc. Sulla scorta dell'esito delle indagini diagnostiche e in base alla consulenza chirurgica, la pz viene portata in sala operatoria per essere sottoposta ad intervento chirurgico urgente.

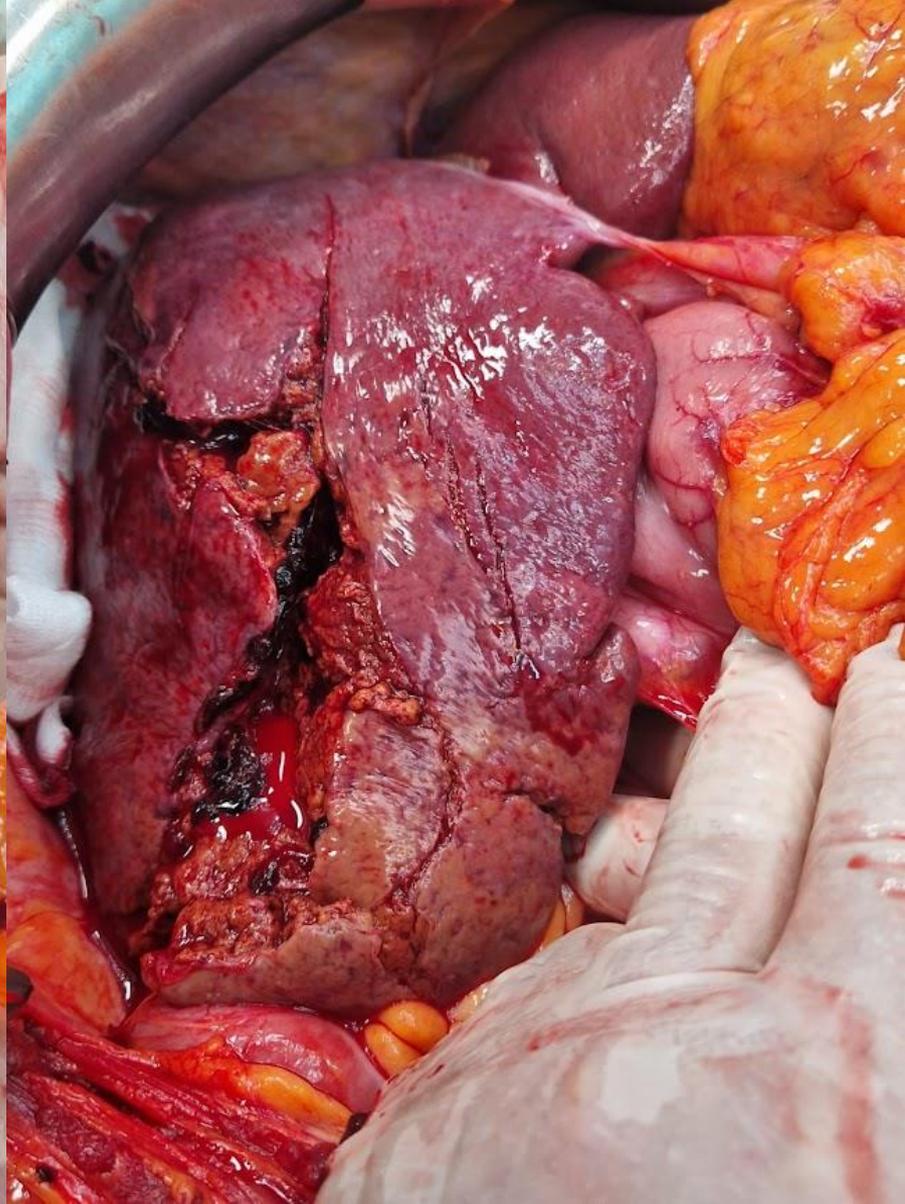
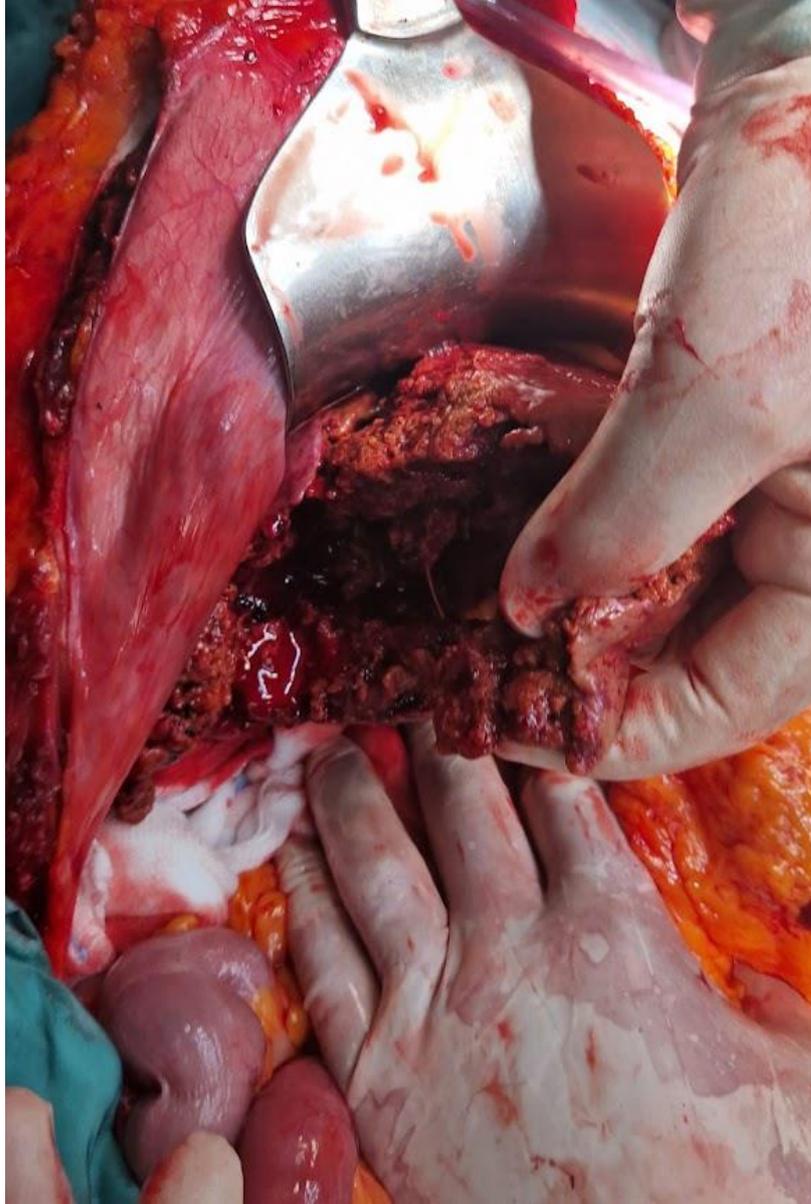
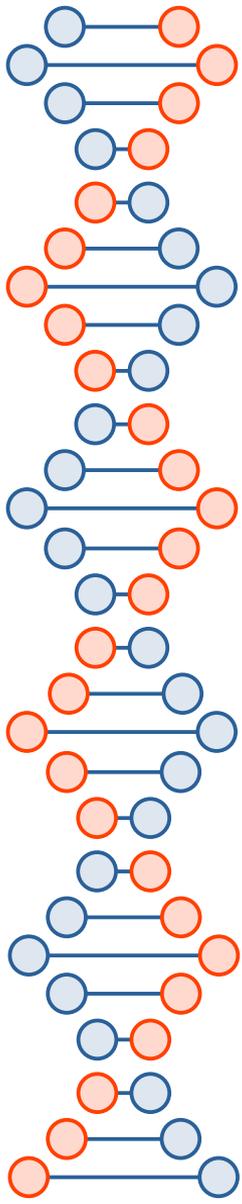
Referto del: 08/05/2022 15:42

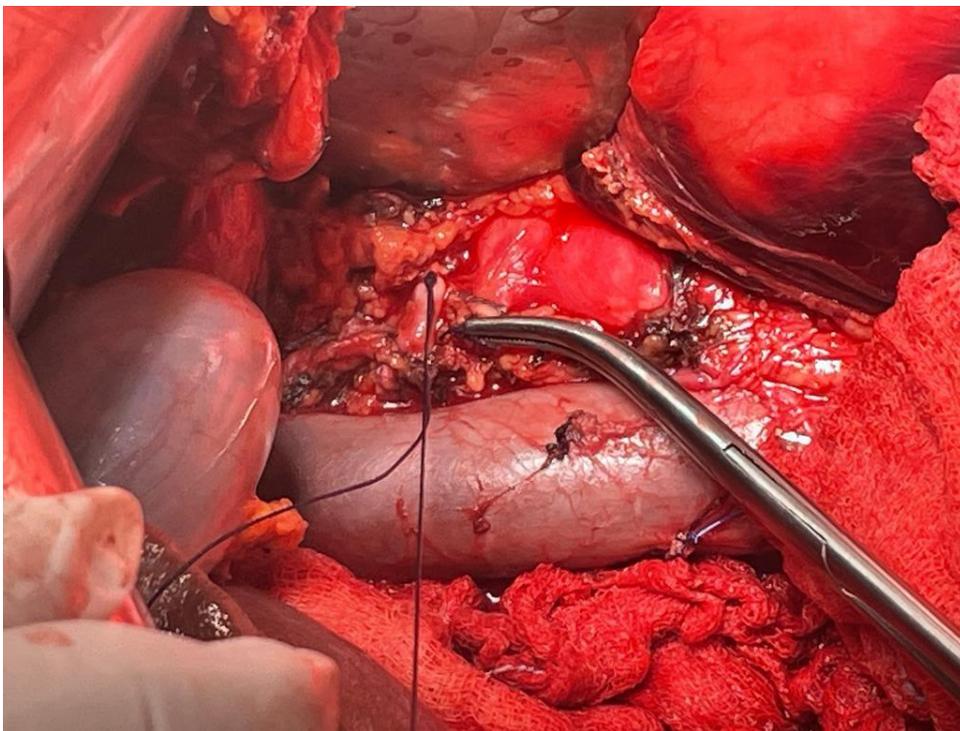
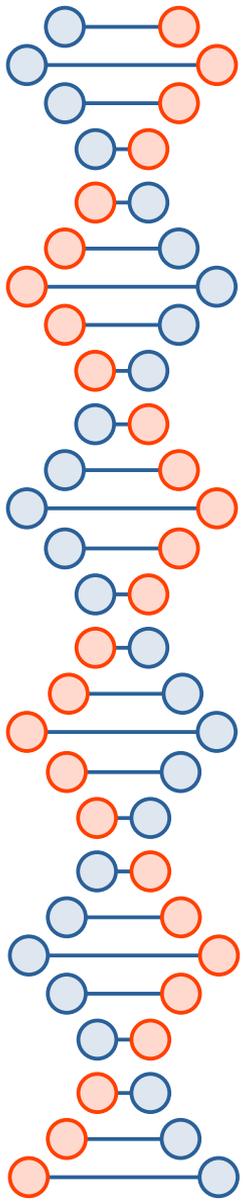
Firmato dal dr.: GIANMARIA CHICONE











GRAZIE PER L'ATTENZIONE ED
INCROCIAMO LE DITA!

