l'Ortopedico Traumatologo informer

Periodico di aggiornamento professionale per l'Ortopedico Traumatologo

Chirurgia artroscopica

Artroscopia di ginocchio:
possibili complicanze ed evoluzioni future

Management

Follow-up del paziente osteoporotico
operato per frattura del collo femorale

Giurisprudenza

La responsabilità del medico
tra codice penale e leggi statistiche

Prevenzione

La profilassi del tromboembolismo
venoso in artroscopia di ginocchio

sanofi aventis
La salute, la cosa più importante

32

Traumatologia **degli sport invernali:** un settore in crescita

Il trattamento degli infortuni legati alla pratica degli sport invernali necessita di un approccio multidisciplinare in strutture idonee. L'incremento delle presenze sulle piste, le innovazioni costruttive degli sci e l'affermarsi di nuove discipline hanno infatti modificato la tipologia delle lesioni.

DI DOMENICO AMATO, Istituto Clinico "S. Anna" - Brescia

DOMENICO AMATO, Responsabile Servizio di Ortopedia e Traumatologia dello Sport

L'infortunistica "invernale" in campo ortopedico-traumatologico ha assunto un'importanza crescente negli ultimi anni. Per tale motivo abbiamo chiesto a uno dei maggiori esperti di traumatologia sportiva italiana, il dottor Amato, sulla base della sua vasta casistica nel trattamento degli infortuni in montagna, di aggiornarci su questo problema e sui suoi aspetti applicativi, scientifici e professionali.

Qual è oggi in Italia la dimensione dell'infortunistica legata agli sport invernali?

È rilevante, in considerazione del crescente sviluppo che gli sport svolti in montagna hanno avuto negli ultimi 20 anni, sfiorando in Italia la soglia dei 3 milioni di praticanti nel 2005 (*figura 1*). Di recente, poi, si è registrato un ulteriore incremento delle presenze sulle nostre piste da sci per l'aumento dei turisti provenienti dai paesi dell'est europeo, non sempre preparati culturalmente e tecnicamente ad affrontare discipline sportive da loro poco praticate, se non del tutto sconosciute.

Gli sport svolti in montagna hanno avuto un crescente sviluppo negli ultimi 20 anni, sfiorando in Italia la soglia dei 3 milioni di praticanti nel 2005.

Sono circa 35.000 per stagione i soccorsi sulle piste da sci italiane. La disciplina maggiormente coinvolta è lo sci da discesa (79%), seguito dallo snowboard (17%).

Le patologie più frequenti sono: lesioni complesse del ginocchio nello sci alpino, traumi degli arti superiori nello snowboard, forme multisegmentarie e multiapparato negli scontri.

L'errore medico più frequente è la sottovalutazione del trauma e dei suoi effetti. Le complicanze possono manifestarsi anche a distanza di ore.

Un riferimento normativo, omogeneo su tutto il territorio nazionale e univocamente interpretabile, costituirebbe un buon punto di partenza per la corretta gestione delle emergenze in montagna.

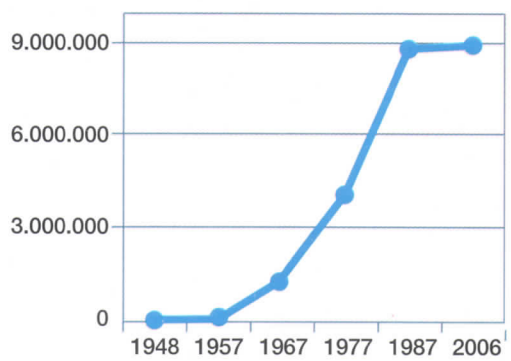

Figura 1. Numero di passaggi agli impianti di risalita in uno dei maggiori comprensori sciistici italiani (Società Funivie di Madonna di Campiglio) dalla stagione 1947/48 (6.735) alla stagione 2005/2006 (8.870.000). Dopo il rapido incremento tra gli anni Settanta/Ottanta la curva di crescita si è sostanzialmente stabilizzata negli ultimi 2 decenni, in linea con i dati di riferimento nazionali.

Che posto occupa nel campo ortopedico-traumatologico?

Come ho già avuto modo di segnalare proprio dalle pagine della vostra rivista (n. 20/2004), la "rivoluzione industriale" nell'ambito degli sport invernali, con le innovazioni costruttive degli sci (carving ecc.) e l'affermarsi di nuove discipline quali snowboard e free-style, hanno portato all'attenzione del traumatologo lesioni che ricordano sempre più la traumatologia della strada e necessitano spesso di percorsi diagnostici e operativi inusuali sino a pochi anni fa.

Come si trova l'Italia rispetto agli altri paesi europei?

Per l'aspetto numerico la situazione italiana è simile a quella degli altri paesi europei ed extraeuropei, dove la pratica degli sport invernali ha raggiunto una diffusione sovrapponibile.
La differenza è data dal contesto in termini sia di prevenzione degli eventi, sia di gestione dell'emergenza. L'Italia, infatti, nonostante sia dotata di una recente normativa nazionale (legge quadro n. 363 del 24 dicembre 2003), accusa ritardi nella fase applicativa, demandata a Regioni e Province autonome, con enormi disomogeneità nei tempi di attuazione. Comunque, l'impegno legislativo è servito a scuotere coscienze da tempo impigrite e a sensibilizzare in misura sempre maggiore gli organismi debitamente preposti.
Più recentemente, in occasione dei giochi olimpici invernali del 2006, è stata redatta la "Carta di Torino sulla sicurezza negli sport invernali" da un comitato di esperti, riunitisi in una Consensus conference, attualmente l'unico documento sul tema condiviso a livello internazionale.
Le premesse per migliorare ci sono tutte.

Quali sono le reali possibilità di prevenzione di questi eventi?

Tante. Si va dall'educazione e sensibilizzazione degli sciatori, alla loro adeguata preparazione; dalla buona qualità dell'attrezzatura adoperata, alla corretta gestione degli impianti di risalita e piste. Se necessario, infine, non va esclusa la repressione dei comportamenti scorretti durante la pratica sportiva.

Come intervenire per evitare le gravi imprudenze degli sportivi anche abili?

Oggi alle forze dell'ordine impegnate sulle piste da sci sono affidate sia le operazioni di soccorso agli infortunati, sia le operazioni di pubblica sicurezza.
Il problema affonda le sue radici nella mancata individuazione, a livello normativo, dei soggetti deputati esclusivamente alle operazioni di soccorso sulle piste da sci.
Al momento, in Italia, la sola Val d'Aosta e poche stazioni dell'arco alpino hanno individuato, formato e reso operativi soggetti destinati unicamente all'attività di soccorso sulle piste da sci (*pisteur securiste*). In tali ambiti le forze dell'ordine, con il recupero di risorse umane, hanno modo d'impegnarsi maggiormente nei compiti istituzionali di sorveglianza e prevenzione.

Come è gestita oggi in Italia l'emergenza sulle piste da sci?

Figure 2-3. Soccorso su una pista da sci. Le forze dell'ordine, a cui è affidato tale compito, impegnano nelle operazioni in montagna personale scelto, appositamente addestrato in centri d'eccellenza.

La fase propriamente operativa è affidata nella gran parte dei casi alle forze dell'ordine, che formano uomini appositamente addestrati al primo soccorso in centri d'eccellenza (Centro Addestramento Alpino della Polizia di Stato di Moena; Centro Carabinieri Addestramento Alpino di Selva di Val Gardena; Scuola Alpina della Guardia di Finanza di Predazzo) (*figure 2, 3*); seguono i gestori degli impianti, che si occupano prevalentemente della fase logistica, e le strutture territoriali dell'emergenza del SSN, quali punti di arrivo e di transito del traumatizzato.

Purtroppo non sempre c'è sinergia tra tutti questi soggetti. In particolare, la coordinazione tra le strutture di soccorso in pista e i servizi sanitari operativi sul territorio non sempre avviene. Manca, nonostante se ne avverta la necessità, un anello di raccordo tra laici (operatori non sanitari del soccorso) e tecnici (operatori sanitari dell'emergenza territoriale).

Sarebbe sufficiente la presenza sulle piste da sci di figure mediche e paramediche in grado di dare il giusto indirizzo alla gestione delle emergenze, con l'appropriata valutazione degli infortunati e l'individuazione dei più corretti e celeri percorsi diagnostico-terapeutici.

Tale ruolo in Italia è svolto frequentemente dalle associazioni di volontariato; alcune vantano oltre 10 anni di attività ma purtroppo, nella maggior parte dei casi, finiscono per arenarsi nelle difficoltà economiche e nelle frequenti e inspiegabili conflittualità.

Il tema dell'emergenza sulle piste da sci offre numerosi altri motivi di riflessione. Un esempio per tutti: gare di circuiti regionali o nazionali, con migliaia di atleti ai cancelletti di partenza ogni fine settimana, si svolgono spesso senza alcuna assistenza sanitaria, anche quando obbligatoria per regolamento. Tante volte il medico viene reclutato al momento ed è, magari, un parente o un accompagnatore di qualche atleta in gara, assolutamente impreparato a gestire anche il più banale infortunio. Se si pensa che un professionista, dedicato esclusivamente alla gestione dell'emergenza, costerebbe all'organizzazione meno di quanto costano 2 giudici di porta (per ogni gara sono tanti), si può ben capire quale sia l'humus culturale nel quale ci muoviamo.

Crede che l'opinione pubblica sia al corrente dell'esistenza e della portata di questo tipo di realtà?

Assolutamente no. Il cittadino è disinformato, non sa che il suo soccorritore spesso è un volontario, che l'agente o il carabiniere di turno si assumono a volte responsabilità superiori a quelle istituzionali, con l'unico scopo di aiutare un infortunato e di agire nel pubblico interesse.

Un cittadino più consapevole di tale realtà avrebbe sicuramente comportamenti più rispettosi ed educati, mostrerebbe più gratitudine e meno volontà di rivalsa nei confronti degli operatori del soccorso.

Quali sono i migliori criteri di attuazione di un servizio mirato e specifico?

L'emergenza in montagna, per le peculiari caratteristiche ambientali nelle quali si sviluppa, non può essere gestita da una scrivania al pari del lavoro nella corsia di un grande ospedale, ma va considerata sintesi dell'attività di soggetti ben distinti, diversi per ruolo e competenza.
Dal punto di vista operativo sono auspicabili:

- istituzione e formazione di soccorritori;
- presenza di figure operative in pista;
- prevalente impiego delle forze dell'ordine nei compiti istituzionali di sorveglianza e prevenzione. La loro alta professionalità nella gestione del soccorso in montagna resta comunque il riferimento unico per tutti gli operatori.

Dal punto di vista organizzativo, il Servizio Sanitario italiano, anche con il coinvolgimento di soggetti privati, può oggi essere considerato idoneo e maturo per adottare soluzioni di tale portata e impegno. E visto che si parla tanto di costi e risparmi sulla spesa sanitaria, lo sviluppo di questo modello operativo avrebbe nei bilanci pubblici un'influenza molto marginale, considerato il vantaggioso rapporto costi-benefici indotto dalla gestione dell'emergenza.
Il tutto sarebbe poi semplificato dalla copertura assicurativa obbligatoria per i praticanti degli sport invernali e da un maggior coinvolgimento degli operatori economici locali. D'altra parte un buon servizio dell'emergenza può dare lustro alle località turistiche con innegabili ritorni di immagine ed economici per tutti.

Chi, nel mondo, è all'avanguardia con protocolli collaudati e verificati, nel trattamento di questo tipo di emergenza?

Luci e ombre. Basti pensare che negli Stati Uniti, simbolo della massima efficienza operativa, l'emergenza è garantita e di buona qualità ma di certo non gratuita, con costi per il traumatizzato che possono superare anche ogni più pessimistica previsione.

Tornando all'ambito clinico, quali sono i problemi più rilevanti?

La traumatologia negli sport invernali, come già detto, è cambiata. Sono significativamente aumentate le lesioni complesse del ginocchio nello sci alpino, i traumi degli arti superiori nello snowboard, le lesioni multisegmentarie e multiapparato negli scontri.
Le velocità alla quale gli incidenti si verificano scaricano sull'infortunato energie spesso notevoli, che possono condizionare fortemente la storia clinica dell'evento. In tal senso, anche il più banale trauma va attentamente valutato. Non è mai possibile escludere *ab inizio* la presenza di danni maggiori dietro una lesione apparentemente limitata.

È possibile fornire cifre?

In senso assoluto, considerata la variabilità in tutto il territorio nazionale delle condizioni organizzative, risulta difficile fornire dati omogenei.
Tuttavia, da 4 anni è stato attivato presso l'Istituto Superiore di Sanità un gruppo di lavoro che ha avviato lo studio dei dati relativi agli infortuni in montagna, provenienti da tutto il territorio nazionale (Sistema SIMON - Sorveglianza Incidenti in Montagna).
Sono già stati stilati 2 rapporti, nel 2004 e nel 2005, uno strumento unico per analisi e interpretazione del fenomeno.
Estrapolando i dati più significativi, si possono quantificare in circa 35.000 per stagione i soccorsi sulle piste da sci italiane, con una sostanziale stabilizzazione del dato negli ultimi anni. La disciplina maggiormente coinvolta è lo sci da discesa, con circa il 79% degli infortunati. Segue poi lo snowboard, con circa il 17%.
La gran parte degli infortuni, circa il 77%, avviene senza alcuna responsabilità di terzi, mentre uno scontro tra sciatori (sci o snowboard) si registra nell'11% dei casi. Meno significativa è la relazione tra infortuni e livello di affollamento delle piste da sci.

Nel 3% circa del totale, al soccorso in pista segue il ricovero ospedaliero immediato.
Senza alcun dubbio questo studio costituisce una preziosa base di lavoro per qualsiasi progetto finalizzato alla prevenzione e alla gestione dell'emergenza negli sport invernali.
Gli interessati possono trovare tutto sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it). Anticipo che la lettura dei dati offre informazioni molto interessanti, tra le quali non mancano curiosità e sorprese.

Possiamo dire che la chirurgia traumatologica degli sport invernali sia oggi alla portata di tutti i chirurghi ortopedici?

Non sempre. Oltre alla valenza professionale, a volte un buon ortopedico può non essere in grado di affrontare il politraumatizzato da sci, meritevole di un approccio multidisciplinare in strutture idonee a riceverlo e trattarlo. Inoltre, con l'aumento nell'ambito della traumatologia invernale della conflittualità medico-legale, frequentemente si imputano all'operato del singolo medico, piuttosto che alla gravità stessa dell'evento, gli esiti sfavorevoli di un infortunio. In tal modo la "buona sanità" periferica italiana finisce tante volte per fare da parafulmine in perversi circuiti di rivalsa, per il solo fatto di aver offerto al paziente buone soluzioni tecniche, rivelatesi però logisticamente inadeguate.

Quali sono i più comuni errori che non devono essere commessi?

Il più frequente è la sottovalutazione del trauma e dei suoi effetti. Le complicanze, soprattutto quelle vascolari e neurologiche, possono manifestarsi anche a distanza di ore.
Ripeto: molto importanti sono le caratteristiche logistiche e operative della struttura ospedaliera che accoglie l'infortunato.

Quali sono le prospettive dell'infortunistica negli sport invernali?

Difficile a dirsi. Troppi interessi contrastanti concorrono a rendere indecifrabile la materia. Certo un riferimento normativo, omogeneo su tutto il territorio nazionale e univocamente interpretabile, costituirebbe un buon punto di partenza. Il resto verrebbe di conseguenza.

E nella traumatologia dello sport più in generale?

Tale campo è ancora "cenerentola" per taluni versi, disciplina esasperatamente "di élite" per altri.
È bene ricordare che lo sportivo è un paziente particolare e difficile da gestire, specie se inserito in ambito agonistico. Il medico deve ragionare sia da traumatologo sia da sportivo. Deve saper dire no quando necessario, ma deve anche essere in grado, oltre che d'interpretare il trauma, di capire il soggetto che lo ha subito.
Al di là dei sempre possibili errori tecnici, è quindi opportuno non farsi mai coinvolgere dal paziente nella frenesia del recupero e non cedere alle pressioni ambientali (società sportive, sponsor ecc.), anche se a volte questo può costare al chirurgo critiche e cadute di credibilità.
È importante far capire che anche il miglior risultato clinico difficilmente riporterà l'infortunato alla condizione precedente e che il paziente avrà bisogno, più che di un periodo di riabilitazione, di un vero e proprio percorso di "ricondizionamento", tanto più lungo quanto maggiore è il suo coinvolgimento in senso agonistico. Dovrà nuovamente imparare a compiere in modo corretto anche il più semplice gesto atletico, perché sono mutate le condizioni funzionali nelle quali tale gesto si realizzava in precedenza. Più o meno sarà un bambino ai primi passi.
È opportuno che la traumatologia sportiva trovi risposte adeguate anche in centri a essa particolarmente dedicati. Penso sia anacronistico se non, in taluni casi, presuntuoso, ritenere che lo sportivo possa beneficiare di soluzioni terapeutiche ordinarie.
Non dimentichiamo che lo scopo è quello di recuperare, per quanto possibile, non solo l'individuo ma anche l'atleta.

INTERVISTA A CURA DI
Carlo Alessandro Russo Frattasi