



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 7

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

**INDAGINE CONOSCITIVA SUL TRASPORTO DEGLI INFERMI
E SULLE RETI DI EMERGENZA ED URGENZA**

42^a seduta: martedì 2 dicembre 2008

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

I N D I C E**Audizione di esperti**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7 e passim	* BARTOLOZZI	Pag. 3, 9
* D'AMBROSIO LETTIERI (PdL)	8	* BIGGI	5, 10
SACCOMANNO (PdL)	7	VALENTI	3, 4

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.

Intervengono, per gli Ortopedici e traumatologi ospedalieri d'Italia (OTODI), il professor Ernesto Valenti, presidente e il professor Francesco Biggi, vice presidente, e per la Società italiana di ortopedia e traumatologia (SIOT), il professor Pietro Bartolozzi, presidente e il dottor Andrea Piccioli, segretario.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza, sospesa nella seduta del 5 novembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È prevista oggi l'audizione di rappresentanti degli Ortopedici e traumatologi ospedalieri d'Italia (OTODI) e della Società italiana di ortopedia e traumatologia (SIOT). Sono presenti, in particolare, per gli Ortopedici e traumatologi ospedalieri d'Italia (OTODI), il professor Ernesto Valenti, presidente, e il professor Francesco Biggi, vice presidente, e per la Società italiana di ortopedia e traumatologia (SIOT), il professor Pietro Bartolozzi, presidente, e il dottor Andrea Piccioli, segretario. A nome della Commissione do il benvenuto ai nostri ospiti e cedo la parola al dottor Valenti.

VALENTI. La ringrazio, signor Presidente, per avermi dato la parola, ma, poiché l'OTODI è la società che rappresenta gli ospedalieri in Italia, e la principale società di riferimento per noi è la Società italiana di ortopedia e traumatologia, della quale è presidente il professor Bartolozzi, sarebbe forse opportuno iniziare dal suo intervento.

BARTOLOZZI. Signor Presidente, la ringrazio per l'opportunità che ci viene data di illustrare alcune delle problematiche relative all'emergenza.

Credo che i dati ISTAT non abbiano bisogno di essere ripetuti: sicuramente la drammaticità dei numeri impone a un Paese civile di cercare soluzioni più adeguate.

Per quel che riguarda il trasferimento e il primo soccorso del politraumatizzato (mi riferisco in particolare ai politraumi più importanti e gravi), è necessario prendere in considerazione, su tutto il territorio nazio-

nale, senza differenze, ovviamente, tra Nord e Sud, le strutture di riferimento. In particolare, è necessario creare una rete di strutture ad alta qualificazione professionale in grado di far fronte a tutte le problematiche derivanti da patologie traumatologiche.

Sono pochi, per ora, i cosiddetti *Trauma Center* che possano essere paragonati a realtà di altri Paesi, come ad esempio gli Stati Uniti o la Francia. Per avere un'idea della complessità che la creazione di una rete di questo tipo comporta, basti pensare che un *Trauma Center* dovrebbe insistere su una popolazione di circa 2-2,5 milioni di abitanti, dovrebbe essere collocato in una struttura ospedaliera e, più in generale, in un contesto di strutture periferiche che facciano da filtro. Possiamo quindi considerare che per un *Trauma Center* il rapporto è di uno per 2-2,5 milioni di abitanti, a seconda anche dell'orografia, con 5-6 strutture di prima accoglienza e di primo trattamento.

Dal punto di vista organizzativo, nel *Trauma Center* dovrebbero essere rappresentate tutte le specialità, dall'anestesiologia alla rianimazione, alla chirurgia generale e vascolare; in tale contesto, dovrebbe essere prevista la presenza del chirurgo ortopedico.

L'85 per cento dei politraumatizzati presenta fratture o interessamento dell'apparato muscolo-scheletrico; la presenza costante dell'ortopedico ventiquattro ore su ventiquattro è quindi indispensabile. È altresì indispensabile che questa figura faccia parte di un contesto assistenziale, cioè che non sia dedicata esclusivamente al politrauma. Questo aspetto è molto importante anche dal punto di vista della formazione professionale: vi è bisogno, al tempo stesso, di una competenza specifica e di una collaborazione con altre specialità, con cui è necessario interfacciarsi.

A questo punto, si ravvisa una difficoltà numerica: bisogna rendersi conto che un'unità di ortopedia inserita in un *Trauma Center*, per far fronte alle necessità delle emergenze a elevata richiesta di capacità chirurgica, alle esigenze del pronto soccorso, ovviamente collegato alla struttura e al reparto di base, e all'attività dello stesso reparto di base, dovrebbe poter contare dai 22 ai 24 specialisti, come avviene in strutture quali l'Ospedale Maggiore C. A. Pizzardi di Bologna o in talune strutture a Milano, dove si è voluta affrontare seriamente la questione. Non ritengo possibile avere un sistema efficiente con numeri inferiori.

Mi riservo, in ogni caso, di svolgere dettagliatamente queste mie considerazioni in un documento che sarà consegnato alla Commissione.

VALENTI. Signor Presidente, signori senatori, con il professor Bartolozzi invieremo alla Commissione un documento congiunto. Non ripeterò osservazioni già svolte, ma desidero esprimere alcune preoccupazioni e qualche auspicio.

Quale Presidente di una società federata, che conta 15 società regionali, esprimo preoccupazione per la situazione attuale, caratterizzata da una forte disomogeneità sul territorio nazionale, e per la possibilità che tale situazione perduri anche in futuro. Stabilire un nuovo quadro organizzativo di riferimento e nuove procedure dovrebbe essere l'occasione per

risolvere i problemi che tutti oggi rileviamo, primo fra tutti questa disomogeneità nel trattamento dell'emergenza traumatologica fra le diverse aree del nostro Paese (vengo dal Sud Italia, e so bene che questa realtà non è avanzata come quella del Nord).

Riteniamo che fino ad oggi l'assistenza nelle aree di emergenza e urgenza sia stata abbastanza sottovalutata. Lo si rileva anche dal fatto che frequentemente in queste aree vengono inviati medici i quali non sempre dispongono di una qualificazione professionale consolidata. È quindi estremamente importante che vi sia un'interazione forte tra le università, il mondo degli ospedali e i *Trauma Center*, al fine di creare percorsi formativi virtuosi che consentano di acquisire e consolidare un'esperienza particolarmente importante. Infatti, è proprio nelle aree di emergenza, a nostro parere, che bisogna convogliare le risorse maggiori e le migliori professionalità.

Al tempo stesso, pensiamo sia opportuno individuare un sistema che consenta di classificare le patologie afferenti ai *Trauma Center*. In altre parole, vi è l'esigenza di valutare con precisione la qualità del lavoro svolto al *Trauma Center*, e non possiamo farlo se non attraverso una valutazione al momento dell'arrivo del paziente, un'organizzazione dei dati e una valutazione successiva degli *outcome* che il *Trauma Center* può ottenere. Tutto ciò deve essere propedeutico alla distribuzione delle risorse, che in questi casi non possono essere limitate dai problemi di *budget* che ben conosciamo. A nostro parere, le risorse vanno date in rapporto alla qualità che ci si aspetta dalle strutture che si intende creare. Al riguardo, se il Presidente lo consente, penso che il vice presidente dell'OTODI, professor Biggi, possa aggiungere qualche considerazione.

PRESIDENTE. Il professor Biggi può senz'altro prendere la parola.

BIGGI. Signor Presidente, anche io ringrazio la Commissione dell'invito che ci è stato rivolto. Vorrei entrare nel dettaglio di alcune problematiche specifiche della rete di emergenza ed urgenza, partendo dalla situazione attuale di tale rete in Italia. Essa si identifica, come a tutti è noto, con il 118, e opera all'interno delle Regioni integrando, come e quando può, tutte le professionalità e le afferenze che ad essa fanno capo.

I problemi sono innanzitutto di rete: personalmente lavoro al Nord, a Belluno, e dirigo una delle strutture che, per collocazione, si fa carico di una parte della rete di emergenza dell'intero arco dolomitico, confrontandosi quindi con tutte le esigenze connesse al soccorso, al trasporto e quant'altro. Il primo punto che vorrei evidenziare è la necessità di un'idonea formazione di base. Infatti, se pensiamo agli autisti delle ambulanze o all'autista soccorritore, figure ancora da inquadrare, emerge un problema di formazione di base che è fondamentale cancellare, anche al fine di consentire la loro integrazione con le professionalità mediche, attribuendo un giusto livello di formazione attraverso un coordinamento ospedale-università in questo ambito.

Quanto alla distribuzione della rete prevista dai progetti che sono stati avanzati, relativi alla creazione di comparti con centri di pronto intervento che, nella volontà di tutti, dovrebbero costituire una struttura definitiva, il problema della centralizzazione del paziente traumatizzato nelle strutture ritenute più confacenti alla gravità della patologia è, di fatto, una delle questioni principali. Purtroppo, la centralizzazione dipende da chi detta il codice ed è in grado di definire la gravità dei soggetti.

Circa l'individuazione dei *Trauma Center*, vi è al momento una serie di problemi. A mio avviso, uno dei punti principali su cui focalizzare la nostra attenzione è l'identificazione delle competenze, poiché nelle strutture ospedaliere molto spesso gli organici si occupano di fatto dell'emergenza e urgenza all'interno delle realtà quotidiane dei reparti di ortopedia e traumatologia.

Circa i problemi di organico, il professor Bartolozzi ha già illustrato la situazione. La normativa europea prevede per gli specializzandi, all'interno del percorso formativo, l'esecuzione di un determinato numero di interventi e l'acquisizione di determinate specificità in ambito traumatologico.

Conoscete benissimo qual è attualmente il principale problema di ordine assicurativo, relativo alla nostra specialità, derivante dall'aumento del contenzioso medico-legale per presunta *malpractice*. Lavorare in un *Trauma Center* comporta un'esposizione maggiore a tale rischio; pertanto, da parte delle amministrazioni locali, a livello di ASL, sarebbe opportuno garantire una copertura assicurativa cosiddetta *full risk* per chi operi in queste strutture. È chiaro che se si inizia a chiedere allo specialista una copertura assicurativa per lavorare in tali centri, si incontrerà sicuramente grande difficoltà a reperire personale disponibile.

Mi permetto poi di segnalare il problema degli incentivi economici per gli operatori del settore: lavorare in un centro di traumatologia significa dedicarsi a tale attività e rinunciare all'attività libero-professionale *in-tramoenia*, anche in forma allargata, perché non si tratta di patologie di tipo elettivo, ma di patologie molto specifiche.

Un altro punto fondamentale, considerata la tipologia del paziente oggetto del nostro trattamento, riguarda le necessità di prevedere una gestione ordinaria della spesa per i *Trauma Center*. Nei limiti del possibile, occorrerebbe scorporare tale gestione dai *budget* da presentare all'inizio dell'anno ai nostri direttori generali, che indicano, grosso modo, il preventivo delle spese. Certamente noi possiamo decidere quante protesi realizzare in un anno, ma non possiamo prevedere il numero di traumatizzati che arrivano e che non presentano, com'è ovvio, una patologia specifica. Ad esempio, un paziente con artrosi dell'anca ha una patologia precisa, mentre il politraumatizzato è un paziente che rappresenta sempre un'incognita, poiché non possiamo conoscere in anticipo il numero e la tipologia delle fratture e quanti mezzi di sintesi ci potranno servire. Anche questo è un aspetto organizzativo e gestionale dei *Trauma Center* che ritengo dovrebbe essere preso attentamente in considerazione.

PRESIDENTE. Se vi sono colleghi che vogliono porre domande ai nostri ospiti, possono prendere la parola.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio i nostri ospiti perché hanno offerto riflessioni e spunti di cui la Commissione non potrà non tenere conto ai fini del suo lavoro, attenendosi alle indicazioni che sono state fornite.

Vorrei porre alcune domande e approfondire alcuni ragionamenti, sottolineando innanzitutto che condivido quanto è stato detto sulla formazione che rappresenta un elemento fondamentale di questo specifico settore. Il professor Bartolozzi ha fornito dati relativi agli indirizzi già previsti in alcune università affinché gli specializzandi raggiungano una formazione più attinente alle problematiche specifiche del settore, su cui si è soffermato in modo puntuale il vice presidente Biggi. Vi è la necessità di far raggiungere ai nostri specializzandi un'adeguata preparazione in campo traumatologico, settore che forse non riusciamo a curare come meriterebbe, probabilmente perché altre specialità, per motivi economici e di sicurezza (come giustamente ha sottolineato il vice presidente Biggi), esercitano un'attrattiva maggiore e crescono di più. Vi sono società che rimangono piccole quando si occupano di traumatologia, ma raggiungono dimensioni maggiori se riguardano altri settori. Su tale questione occorrerà riflettere e probabilmente agire dal punto di vista legislativo.

Mi sembra di capire che i rappresentanti delle associazioni audite suggeriscano l'opportunità di una specifica formazione ortopedica per il settore dell'emergenza e urgenza, ma il professor Bartolozzi ha sottolineato anche la necessità di evitare una separazione dell'ortopedia dalla preparazione più generale. Come hanno precisato gli auditi, non vi è bisogno di creare un percorso di traumatologia, ma vi è la necessità di perfezionarlo e di renderlo completo; questa è una delle esigenze da tener presente nella riorganizzazione del sistema.

Per quanto riguarda la tutela dal contenzioso medico-legale, la SIOT è stata già ascoltata in questa sede e la Commissione sta lavorando affinché vi siano assicurazioni che diano maggiori tutele e garanzie per evitare di esporsi in modo eccessivo ai rischi di rivalsa, superando il percorso della cosiddetta medicina difensiva.

Nella organizzazione dei *Trauma Center* si prevedono diversi gradi di terapie intensive dedicate: si va – come accade anche in Italia – da un massimo grado di pericolo a un livello lievemente inferiore. Ritenete che sia necessario approntare delle astanterie dedicate per i pazienti politraumatizzati oppure considerate preferibile l'opzione di letti dedicati a questa tipologia di pazienti nell'ambito delle strutture di terapia intensiva? Ovviamente, sarebbe necessaria la presenza sistematica di un medico ortopedico; è chiaro che vi possono essere rischi di aggravamento (per embolia o emorragie gravissime) del paziente politraumatizzato, tali da mettere a rischio la vita. Ripeto: secondo la vostra esperienza sarebbero più utili delle astanterie dedicate oppure è meglio avere un'unità complessa e diretta dal responsabile della terapia intensiva generale e collegata a

quella diretta dall'ortopedico che possa interfacciarsi in modo continuo? Questo è un primo punto sul quale vorrei un vostro parere.

La seconda riflessione è la seguente: il 118 è un sistema di rete che integra i diversi apparati del servizio e cerca di offrire una risposta organizzata. Il *Trauma Center* offre, invece, una risposta organizzata e complessa perché è il punto di arrivo di un percorso: dalla rete si arriva al *Trauma Center*. Quest'ultimo potrebbe quindi essere un sistema più avanzato anche rispetto allo stesso 118, che può, sì, diventare il sistema di raccolta e di coordinamento, ma sempre considerando che solo il *Trauma center* – ripeto – può offrire una risposta complessa. Da tale punto di vista, esso rappresenta davvero uno degli elementi organizzativi nuovi e fondamentali. Talvolta, allo sguardo del primo soccorritore può avere rilevanza soltanto il fatto ischemico o il coma che si è verificato in quel momento, ma egli potrebbe non cogliere che questa condizione si è determinata, nel quarto d'ora prima che arrivasse qualcuno, a causa dell'emorragia postraumatica o di altro. Pertanto, solo un centro in grado di affrontare le tre emergenze – quella cerebrale, quella ematologica e quella osteoarticolare – può affrontare questi casi in modo adeguato. Su tali problematiche, la Commissione ha necessità di avere, da parte delle società scientifiche, suggerimenti e indirizzi che potrete eventualmente indicarci anche in documenti da inviarci successivamente.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, ho molto apprezzato gli interventi dei nostri ospiti che si sono soffermati su un punto cruciale, quello della formazione, sottolineato anche dal senatore Saccomanno. Mi farebbe piacere conoscere le vostre proposte sia in relazione a quanto si prevede in ambito europeo sui percorsi formativi, da svolgere anche durante il periodo della specializzazione, sia con riferimento al percorso di studi universitari e specialistici.

Una parte importante del ragionamento che ruota attorno al *Trauma Center* riguarda il grande problema del contenzioso medico-legale. Vorrei sapere quali sono in concreto i suggerimenti che voi offrite al legislatore per affrontare un nervo scoperto, rispetto al quale mi pare che non emergano ancora in modo chiaro indicazioni unanimi. Sappiamo che tale aspetto richiede misure di contenimento del contenzioso medico-legale in termini di deterrenza dall'azione legale; infatti, se da un lato vi è un approccio abbastanza strutturato in alcune realtà, soprattutto nel Nord del Paese, dall'altro incombono forme di pregiudizio che inibiscono il sereno esercizio della professione sanitaria, e il sistema di garanzie, che pure deve essere assicurato al paziente, al cittadino, all'utente, molto spesso appare sbilanciato – almeno questa è la nostra impressione – in termini di sovraesposizione dell'operatore.

PRESIDENTE. Anch'io rivolgo una domanda ai nostri gentili ospiti. Lei, professor Biggi, ha toccato il problema del rapporto con il 118. Da questo punto di vista, vorrei sapere se a vostro parere sarebbe opportuno realizzare iniziative di formazione in campo ortopedico per il personale

che presta servizio presso il sistema 118 e se le società che rappresentate hanno delle ipotesi circa il modo in cui operare nelle singole Regioni.

BARTOLOZZI. Vorrei fare, innanzitutto, un commento: mi sono state rivolte domande molto precise, ma ciò non mi sorprende conoscendo l'esperienza di chi le ha poste.

Rispetto alla domanda del senatore Saccomanno, sottolineo che siamo di fronte ad una scienza che amo definire probabilistica: infatti, è difficile fare una diagnosi fin dall'insorgere dell'emergenza. Tale difficoltà deve tradursi in spazi e tempi adeguati che consentano un'osservazione del paziente, partendo da un presupposto: prima il paziente afferisce all'ambiente idoneo a ricevere cure, meglio è; meno soste fa, meglio è. Quindi, il personale di primo acchito deve essere sicuramente il più informato possibile (tornerò poi sul punto); inoltre, l'avvio al *Trauma Center* deve essere molto rapido, ma con quella scrematura indispensabile per evitare un'affluenza eccessiva in strutture che sono, invece, organizzate per dare il massimo di risposta nel minimo di tempo a un numero fortemente limitato di pazienti. Rispetto ad alcune migliaia di interventi di pronto soccorso, solo poche centinaia richiedono l'intervento del *Trauma Center*. In un'ottica di questo tipo, deve essere garantito uno spazio idoneo ad effettuare una fase di osservazione che consenta di inviare in tali strutture solo i pazienti giustamente selezionati.

Mi soffermo poi su un problema che mi sta particolarmente a cuore in quanto direttore di scuole di specialità, vale a dire quello della formazione. Ci è stato giustamente chiesto cosa stiamo facendo in questo senso. Rispondo che si deve partire dalla constatazione della riduzione degli aspiranti a svolgere questa professione e, quindi, della flessione nelle iscrizioni alle scuole di specializzazione in ortopedia. Si tratta purtroppo di un dato di fatto, che in parte pongo in relazione proprio alla rischiosità – se mi si passa l'espressione – di una professione come la nostra che, insieme a quella degli ostetrici e degli oncologi (in particolare nell'ultimo periodo), vanta il primato in termini di contenzioso per *malpractice*.

La formazione è diventata un punto fondamentale per le nostre scuole di specializzazione; in proposito, vengono svolte numerose riunioni, finalizzate proprio all'uniformità e all'adeguamento ai parametri europei.

Oggi i nostri ragazzi si specializzano con 600-700 interventi eseguiti in prima persona; per realizzare questo, è necessario utilizzare una vasta rete ospedaliera intorno al centro universitario. Soltanto in questo modo è possibile acquisire competenza e manualità; viceversa, con un numero elevato di specializzandi nella stessa sede, tutto ciò non sarebbe realizzabile.

Sono necessarie, dunque, convenzioni con strutture ospedaliere che garantiscano continuità e qualità del percorso formativo. Per il momento si tratta di un auspicio, ma si spera che in un prossimo futuro ciò venga stabilito anche dal punto di vista legislativo, rendendolo obbligatorio in tutte le scuole di specializzazione in ortopedia e traumatologia.

Vi è un terzo punto che sta molto a cuore a tutti noi, e quindi siamo felici che in questo momento sia affrontato seriamente: il contenzioso medico-legale. Si tratta, infatti, di uno dei punti critici della scelta professionale. Ribadisco che la nostra è una splendida professione e, dunque, la riduzione delle iscrizioni deve fare riflettere. Non dobbiamo inventare niente: se ci guardiamo intorno nel panorama europeo, possiamo notare che la Francia dal 2002, e prima ancora Paesi come la Gran Bretagna, la Germania e l'Austria hanno affrontato questo problema con legislazioni che hanno ridotto del 70-80 per cento il ricorso al contenzioso medico-legale. Tutto ciò è stato realizzato attraverso l'istituzione di commissioni regionali volte a consentire un dibattito tra paziente ed esperti: questo rappresenta un punto fondamentale perché soltanto gli esperti devono poter giudicare, valutando se nel caso specifico ci si trova dinanzi a colpa – nel qual caso rispondono le assicurazioni – o ad alea chirurgica; in quest'ultimo caso, si apre un capitolo molto ampio perché l'alea chirurgica deve essere definita dagli specialisti del settore e deve avere una ricaduta nelle linee guida e nei consensi informati. Penso, pertanto, che vi sia davvero molto da fare. Comunque, questa è a mio avviso la strada da seguire.

BIGGI. Vorrei svolgere un breve intervento tecnico che credo possa fornire una risposta sia alla domanda posta dal Presidente sia ai risvolti tecnici evidenziati dal senatore Saccomanno.

È stato fornito il materiale di un anno di attività della centrale operativa del 118 di Milano ad un osservatore neutro, rappresentato dalla *Maryland School of Medicine* di Baltimora. Da questi risultati emerge che, nel 73,7 per cento dei casi, il decesso dei pazienti traumatizzati avviene prima dell'arrivo in ospedale. La corrispondente percentuale di decessi preospedalieri riportata nella letteratura mondiale è dal 34 al 40 per cento. In Italia ogni 1.000 incidenti muoiono 30,2 persone; in Francia ed in Germania ogni 1.000 incidenti muoiono 18-22 persone. Dal punto di vista sanitario, la morte è stata giudicata non evitabile nel 57 per cento dei casi, potenzialmente evitabile nel 32 per cento dei casi e francamente evitabile nell'11 per cento dei casi. La maggior parte dei decessi evitabili si registra dopo l'arrivo in ospedale, per errori nelle prime fasi di gestione ed inquadramento diagnostico.

Come ha evidenziato il senatore Saccomanno, per un *triage* iniziale, dovrebbero essere garantiti almeno due locali dedicati all'accettazione – è quanto previsto anche per il *Trauma Center* di alta specializzazione (CTS), che è la struttura centrale all'interno del SIAT (Sistema Integrato Assistenza al Trauma) – con facile accesso alla radiologia interventistica e alla diagnostica.

Poi vi è l'implementazione, perché non dobbiamo dimenticare che oggi il politraumatizzato – com'è stato detto recentemente anche in occasione del nostro congresso nazionale – è un paziente che sempre più viene trattato in diversi *step*, cioè molto spesso è stabilizzato in urgenza, ma poi, per curarlo in maniera definitiva, ha bisogno del reparto ortopedico cui

fare capo. Occorrono quindi strutture dedicate all'inizio, nell'accettazione, e poi reparti di afferenza.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi per i loro interventi e per i documenti che vorranno cortesemente consegnare oggi o inviare successivamente alla Commissione, che saranno resi disponibili alla pubblica consultazione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,40.

