



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

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 E URGENZA**

20^a seduta: mercoledì 23 luglio 2008

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	<i>DI PASQUALE</i>	Pag. 8, 15
* ASTORE (<i>IdV</i>)	12	* <i>FEDELE</i>	6, 14, 17
CALABRÒ (<i>PdL</i>)	13	* <i>ONOFRI</i>	3, 14
RIZZI (<i>LNP</i>)	12		
* SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	16		

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

Segle 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 la Federazione italiana di cardiologia (FIC) il presidente, professor Giuseppe Di Pasquale; per la Società italiana di cardiologia (SIC) il presidente, professor Francesco Fedele e, per il Lombard IMA (infarto miocardico acuto in Lombardia) il dottor Marco Onofri, già presidente di quella società scientifica.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza.

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

Avverto inoltre che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

È prevista oggi l'audizione di esperti nel settore delle reti di emergenza e urgenza. Sono presenti, in particolare, il dottor Marco Onofri, già presidente di Lombard IMA (Infarto miocardico acuto in Lombardia), il professor Francesco Fedele, presidente della Società italiana di cardiologia (SIC) e il professor Giuseppe Di Pasquale, presidente della Federazione italiana di cardiologia (FIC).

A nome della Commissione, saluto e ringrazio i nostri ospiti e cedo subito la parola al dottor Onofri.

ONOFRI. Signor Presidente, signori componenti della Commissione, ringrazio per l'invito e mi presento. Mi chiamo Marco Onofri, sono direttore dell'Unità operativa di cardiologia e del Dipartimento medico dell'ospedale di Busto Arsizio, in provincia di Varese. Appartengo al comitato direttivo del gruppo di studio Lombard IMA (acronimo che vuol dire «infarto miocardico acuto in Lombardia») attualmente in qualità di coordinatore uscente, mentre nei due anni scorsi ho avuto il compito di dirigere tale società scientifica che, operando in ambito territoriale, ha scelto di affiliarsi alla Società italiana di cardiologia invasiva (SICI-GISE).

Il Lombard IMA nasce nel 2001 come un'idea spontanea di un piccolo gruppo di persone (Klugmann di Niguarda, De Servi di Legnano, Repetto di Varese, Niccoli di Brescia, Ferrari di Como e Pirelli di Cremona) che volevano lavorare insieme sull'infarto miocardico. Il Lombard IMA,

recita un capitolo del suo regolamento, «ha come finalità lo studio degli aspetti epidemiologici, clinici e terapeutici dell'ischemia miocardica acuta. Tale scopo verrà perseguito con incontri periodici (congresso biennale), studi clinici, indagini osservazionali e raccolte dati condotte con modalità multicentriche».

Dopo un periodo di aggregazione in rete dei centri aderenti al progetto, cioè le 31 maggiori emodinamiche tra le 48 a suo tempo registrate in Lombardia (in pratica quasi tutte le strutture di emodinamica interventistica operativa), si è partiti con l'ambizioso progetto di registrare il maggior numero possibile di dati relativi alla cura dell'infarto miocardico acuto mediante angioplastica percutanea. Il tutto spontaneamente e senza alcun compenso, contando solo sul desiderio di partecipazione ad un progetto che potesse migliorare le nostre conoscenze e ci ponesse all'attenzione del consesso scientifico, incrementando anche l'aggregazione fra le emodinamiche interventistiche regionali e sviluppando, se possibile, una sorta di spirito di corpo.

Peraltro, è noto come l'infarto miocardico acuto rappresenti uno dei problemi di assoluto rilievo nell'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza, ed un registro che ne valuti tutti i parametri deve comprendere anche dati osservazionali sui trasporti di cui usufruiscono le persone coinvolte.

Il contesto in cui abbiamo operato ci è stato favorevole in quanto la Lombardia, con oltre 9 milioni di abitanti e la cospicua presenza di laboratori di emodinamica, ci ha offerto notevoli possibilità, in termini numerici, di effettuare e di «controllare» i dati relativi alla cura dell'infarto acuto mediante angioplastica primaria. In pratica nel giro di 18 mesi, dal primo gennaio 2005 al 30 giugno 2006, abbiamo raccolto dati per un numero di pazienti molto vicino a quota 4.000, riguardanti sia la fase acuta della malattia sia il successivo *follow up*. Ci siamo quindi resi conto di essere in possesso di uno strumento di lavoro di straordinaria potenzialità, da gestire tuttavia al meglio, con rigore e completezza, in considerazione delle notevoli ricadute pratiche (anche economiche) e scientifiche che la rete multicentrica ci offriva ed in considerazione anche della enorme mole di dati prodotta.

In particolare abbiamo potuto rilevare che, dei 3912 pazienti registrati, 1545 (39,5 per cento) sono giunti negli ospedali aderenti al registro Lombard IMA mediante l'utilizzo del 118, un altro 17,4 per cento è stato poi trasportato con altra ambulanza. Questo dato è risultato coerente con quanto rilevato dal dottor Zanini, promotore di una rete provinciale per la rilevazione ed il trasporto dei pazienti con infarto miocardico acuto verso il centro *hub* di Mantova; il *report* del dottor Zanini ha confermato che i pazienti con infarto miocardico acuto erano stati trasportati in ospedale, mediante l'utilizzo del 118, solo nel 35 per cento dei casi. Ulteriore conferma della validità del nostro dato si è avuta dal Registro francese FAST-MI dove si può rilevare che il trasporto mediante il SAMU (*Service d'Aide Medicale d'Urgence - Servizio dell'Area Medica d'urgenza*, verosimile equivalente del nostro 118) è avvenuto anche in questo caso nel 33 per cento dei casi. Bisogna migliorare.

Significativo è il fatto che attualmente si sta sempre più raducando il riconoscimento dell'importanza della trasmissione telematica dell'elettrocardiogramma (ECG) ad una centrale operativa riconosciuta. Mediante l'utilizzo di questo sistema applicabile semplicemente, si può rilevare immediatamente la presenza di un infarto miocardico, anche al domicilio del paziente, e trasportarlo quindi nel centro più idoneo, piuttosto che perdere tempo a portarlo nel centro più vicino dove la terapia potrebbe non risultare la migliore disponibile. Persino noi a Busto Arsizio, dove i tempi medi di percorrenza del 118 sono attorno ai 9 minuti, abbiamo capito che se veniamo allertati mediante la trasmissioni dei dati risparmiamo circa un quarto d'ora-venti minuti perché approntiamo già preordinatamente la sala di emodinamica.

A conferma ulteriore di ciò ci aiutano anche i dati forniti dal dottor Marzegalli, coordinatore milanese/lombardo di progetti di sviluppo di reti di emergenza-urgenza per l'infarto miocardico, per l'arresto cardiocircolatorio, e più in generale per l'emergenza cardio-cerebro-vascolare. Il MOMI, cioè il monitoraggio dei dati rilevati nella gestione delle reti di emergenza-urgenza per gli infarti in Milano, ha contribuito, oltre che alla valutazione dei dati, anche all'individuazione di possibili miglioramenti, dai tempi di trasporto e di accesso in ospedale ai tipi di provvedimenti terapeutici da adottare. Ha enfatizzato ulteriormente l'importanza della trasmissione telematica dell'elettrocardiogramma, lasciando intuire la favorevole possibilità che il 118 possa occuparsi oltre che dei trasporti primari anche di quelli secondari.

Altro importante problema è rappresentato dai tempi di accesso alle strutture operatorie, cioè i centri di emodinamica interventistica, considerato il fatto che non in tutta Italia la distribuzione e la presenza di tali centri è uniformemente diffusa e omogeneamente distribuita.

Nel Registro americano redatto tra il 1999 e il 2002, solo il 35 per cento dei pazienti ebbe tempi d'intervento inferiori ai 90 minuti che è un tempo canonico, al di sotto del quale bisognerebbe sempre attestarsi per salvare gran parte del cuore. Meno del 15 per cento degli ospedali coinvolti ebbe un tempo d'intervento minore di 90 minuti, quindi anche all'interno degli ospedali solo pochi erano idonei. Nel Registro o Studio Venere, ben il 70 per cento dei trasferiti dagli altri ospedali ha un *door to balloon*, cioè il tempo che va dal superamento della porta del pronto soccorso all'inserimento del pallone nelle coronarie, superiore ai 90 minuti, ed anche nella realtà milanese, pur dotata di numerose strutture di emodinamica, solamente il 41 per cento dei pazienti è arrivato alla rivascolarizzazione entro i fatidici e salutari 90 minuti. Recenti metanalisi sembrano aiutarci dichiarando favorevole l'allungamento compreso tra 60 e 120 o addirittura superando i 120 minuti.

Nella *slide* che vi mostro ora vi è una sala di emodinamica e a fianco la foto di un uomo che soffre, perché dobbiamo renderci conto che la gente soffre. La sofferenza non è misurabile con le statistiche.

Come migliorare la situazione attuale? È necessario coinvolgere i responsabili nazionali e regionali affinché si impegnino a fornire le oppor-

tune direttive e gli stanziamenti necessari, mantenendo un costante controllo e verificando il lavoro svolto sul campo per un continuo monitoraggio dei risultati ottenuti. Inoltre si dovrebbero tenere campagne di informazione con verifica della comprensione dei dati forniti, compresa l'identificazione dei segni di allarme e l'immediata chiamata del 118.

Teniamo conto che molta gente non sa che cosa sia il 118, che non è così immediato da riconoscere: ci sono persone che hanno chiesto come mai non trovano questo numero sulla tastiera del telefono di casa. Tornando agli obiettivi che è necessario conseguire, vorrei elencare i seguenti punti: attivazione di un efficiente sistema regionale di trasferimento secondario, dedicato all'emergenza, necessariamente assegnato all'organizzazione legata al 118; adeguamento della capacità di intervento del 118, dotando gradualmente tutti i mezzi di soccorso di base (MSB) di defibrillatore semiautomatico per l'arresto cardiaco, di sistemi di rilevazione e di trasmissione dell'elettrocardiogramma alla centrale operativa o a un'*équipe* cardiologica di riferimento; definizione del modello organizzativo di una rete interospedaliera (tipo *hub and spoke*); predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli condivisi pre, intra ed interospedalieri.

Se possibile, varrebbe la pena di riflettere sull'opportunità di remunerare meglio i medici chiamati in reperibilità. A questo riguardo vi sono differenze tra l'Italia e la Spagna (forse appena minori tra il nostro Paese e la Francia) veramente clamorose.

Sarebbero poi opportune l'estensione su base nazionale dell'utilizzo delle reti per tutti i pazienti affetti da infarto miocardico acuto, la riduzione dei tempi di trattamento e l'introduzione della terapia preospedaliera, nella speranza di ottenere un'auspicabile riduzione della mortalità, nonché l'identificazione di indicatori di monitoraggio. In conclusione, la rete per l'emergenza cardiologica ha l'obiettivo di fornire al cittadino-paziente, indipendentemente dal suo punto di ingresso o dal suo luogo di origine, le stesse opportunità di presa in carico nei percorsi di diagnosi e di trattamento nella fase acuta e cronica. La rete deve unire, comprendere gli ospedali tra loro e la medicina del territorio; essa deve esistere anche all'interno dei grandi ospedali tra strutture che spesso condividono la cura dello stesso paziente. Ritengo che occorra continuare a ricercare con umiltà perché i dati, per quanto importanti, valutano solo alcuni aspetti del problema, e talora un'eccessiva attenzione verso il particolare può farci perdere il quadro complessivo, che può essere davvero meraviglioso, ma va considerato nella giusta prospettiva.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Onofri e do la parola al professor Fedele.

FEDELE. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per l'invito e per la sensibilità mostrata rispetto a queste problematiche. Il collega che mi ha preceduto ha posto le basi per un utile confronto ed ha già fatto rilevare quali possono essere le criticità. Penso che ad illustrare alcune ci-

fre sarà il dottor Di Pasquale, che attualmente è presidente della Federazione italiana di cardiologia. Ad ogni modo, il problema epidemiologico esiste per quanto riguarda le sindromi coronariche acute, tra l'altro non solo quelle cosiddette ST sopra, ossia l'infarto classico, ma anche le sindromi ST sottoslivellato. Penso che sia ormai accettabile il sistema *spoke and hub*. Mi riferisco a un sistema composto da presidi periferici, che possono non avere la cardiologia oppure averla con UTIC (Unità di terapia intensiva cardiologica), senza o con emodinamica, e dai cosiddetti *hub* centrali, in cui ci sono la cardiologia, l'emodinamica e la cardiochirurgia. Bisogna infatti pensare anche al paziente in cui la sindrome coronarica acuta è confusa o può essere coesistente con una patologia dell'aorta quale l'aneurisma dissecante, che può essere estremamente drammatica e avere bisogno di *équipes* più articolate. Pertanto, il sistema *spoke and hub* è sicuramente da attuare. Ci sono Regioni in cui esso è stato attuato anche con l'utilizzo di sistemi informatici, quali la trasmissione dell'elettrocardiogramma da parte delle ambulanze. Tale sistema può, in parte, limitare l'impiego del medico a bordo, perché un infermiere addestrato può sicuramente provvedere a trovare un accesso venoso e ad assicurare un minimo di assistenza respiratoria al paziente, somministrandogli ossigeno e trasmettendo l'elettrocardiogramma. In questo modo è possibile attivare la rete.

Mi dispiace che qui non sia presente un rappresentante del 118, perché una criticità può essere rappresentata proprio dal 118. Fino a quando non sappiamo se un dolore toracico è di origine cardiaca o meno, il paziente è di tipo indifferenziato; laddove invece inizia la differenziazione, e sappiamo che quel paziente è cardiologico, la gestione extraospedaliera e intraospedaliera deve essere affidata al cardiologo, senza nessun altro tipo di interferenza da parte, ad esempio, del medico urgentista o di quello del 118. Se esiste una specificità, bisogna sfruttarla. Se c'è la possibilità di trasmettere l'elettrocardiogramma, questo va inviato all'*hub* e allo *spoke* di riferimento. Laddove viene fatta la diagnosi, il paziente dal punto di vista tecnico viene preso in carico dalla cardiologia di riferimento, che potrebbe anche dire, come si sta facendo nel Lazio, di rivolgersi a un altro ospedale. Utilizzando una metafora, la rete non deve servire a catturare il maggior numero possibile di pesci, ma ad inviare il pesce nella rete giusta.

Il 118 deve mantenere la sua funzione di coordinamento, perché conosce la situazione viaria, la quantità e la disponibilità di autoambulanze; il 118 deve occuparsi pertanto dell'aspetto logistico, ma non di quello tecnico. Ritengo che sia importante chiarire con precisione i rispettivi compiti, sapere chi fa che cosa, e non utilizzare nei documenti la congiunzione/disgiunzione «e/o». La rete comporta inoltre l'identificazione attenta dei percorsi, perché disporre della rete non consente automaticamente di evitare che i percorsi siano i più vari. È assurdo, ad esempio, che un'ambulanza a Sud di Roma si diriga a Nord della città perché lì è disponibile il posto letto: questo è impensabile. Penso che la normativa in materia debba essere ribadita, perché ancora non è chiaro che gli ospedali sedi di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di secondo livello,

per definizione, hanno il posto letto e non è necessario che qualcuno debba richiederlo.

Ripeto: laddove il paziente è cardiologico, a mio parere deve essere preso in carico dal cardiologo il quale, con i mezzi informatici a disposizione, può benissimo fare una diagnosi a distanza di sopraslivellamento del tratto ST, poiché è una diagnosi abbastanza banale. Non penso che in questo caso ci sia neanche la necessità di una stratificazione prognostica. Tutti gli infarti con ST sopra dovrebbero cercare di arrivare entro 90 minuti all'angioplastica. Si può discutere invece sulla stratificazione prognostica delle cosiddette sindromi coronariche ST sottoslivellato.

Un ulteriore problema concerne la formazione: bisogna formare tanti infermieri che siano capaci di inviare correttamente un elettrocardiogramma (non devono infatti interpretarlo), e di eseguire una defibrillazione in ambulanza, se necessario. Questo potrebbe anche permettere di iniziare la fibrinolisi in ambulanza, perché il problema più grave della fibrinolisi si verifica nel momento in cui scatta, in rari casi, la fibrillazione ventricolare. Se è presente l'infermiere che sa defibrillare, la situazione si risolve.

Non possiamo pensare che il 118 si faccia carico della formazione, altrimenti lo graviamo di troppi compiti. Esistono le aziende ospedaliere, i centri di eccellenza universitari e ospedalieri e le società scientifiche che in questo momento noi rappresentiamo: anche questi soggetti possono contribuire all'addestramento per l'esecuzione corretta e l'invio dell'elettrocardiogramma e per l'esecuzione delle manovre di base. Il personale infermieristico, o almeno parte di esso, potrebbe eseguire non soltanto una manovra di primo soccorso (BLS - *Basic Life Support*), ma anche una manovra di supporto avanzato per la rianimazione cardiovascolare (ACLS - *Advanced Cardiac Life Support*).

È giustissimo ciò che ha riferito prima il collega sulle risorse umane, sia in termini di presenza numerica di cardiologi, sia in termini di retribuzione. Bisogna pensare, infatti, che si chiede al cardiologo, presente anche ventiquattr'ore al giorno in Unità coronarica, di seguire i pazienti in reparto e che in alcuni ospedali meno organizzati e con più edifici, come il Policlinico, il cardiologo fa anche consulenze d'urgenza al pronto soccorso e referta gli elettrocardiogrammi che provengono dal territorio. Sicuramente, quindi, occorre prevedere una retribuzione che tenga conto anche di questo superlavoro o immaginare ulteriori unità di personale per una patologia che presenta una valenza estremamente importante.

In ogni caso, su questi temi farò pervenire alla Commissione una memoria scritta.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Fedele e do la parola al professor Di Pasquale.

DI PASQUALE. Signor Presidente, ringrazio lei e la Commissione per questo invito.

Attualmente sono Presidente della Federazione italiana di cardiologia. Finalmente vi è in Italia una referenza unitaria di tutte le società cardiologiche. Ferma restando la specificità della Società italiana di cardiologia (SIC), che rappresenta, con il professore Fedele, la cardiologia universitaria, dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO), che rappresenta la cardiologia ospedaliera e che ha dato lustro all'Italia con gli studi GISSI (Gruppo italiano per lo studio della sopravvivenza nell'infarto miocardico), e delle altre società di settore, da dieci anni abbiamo condiviso l'opportunità di una referenza unitaria di 14.000 cardiologi. A nome della Federazione italiana di cardiologia invierò un documento scritto con le relative stime. Non ho preparato diapositive, ma vorrei fare riferimento a una serie di documenti che abbiamo prodotto e che lascio a disposizione della Commissione.

Il primo documento è quello che periodicamente viene emesso dalla Federazione italiana di cardiologia, comprendente inizialmente solo l'ANMCO e la SIC e ora anche le altre società cardiologiche, che illustra la struttura e l'organizzazione funzionale della cardiologia. Il documento che abbiamo in questo momento è del 2004 ed è stato presentato al Ministero. Attualmente è in corso una riedizione di tale documento, presentata in forma preliminare al congresso dell'ANMCO, che a dicembre presenteremo in forma definitiva al congresso della Società italiana di cardiologia e che vorremmo portare all'attenzione del decisore pubblico, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e della Conferenza Stato-Regioni.

Un altro documento importante che lascio a disposizione della Commissione contiene il quinto censimento delle strutture cardiologiche in Italia. È una fotografia dei volumi di attività esistenti, prodotta ogni cinque anni dalla Federazione italiana di cardiologia. Il testo che abbiamo appena pubblicato riporta dati relativi all'anno 2005 e in parte all'anno 2006.

L'infarto miocardico acuto, come ha ricordato il professor Fedele, rappresenta sicuramente una patologia estremamente rilevante. I dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che pubblicheremo in un documento della Federazione e che ci sono stati forniti dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, registrano 158.000 casi nel 2005 (sono le statistiche più recenti) e 159.000 casi nel 2004. Essi comprendono sia l'infarto con il sopraslivellamento del tratto ST, sia quello senza. Purtroppo esiste ancora una disomogeneità di codifica e ciò costituisce un problema da risolvere. Soltanto tre Regioni in Italia – l'Emilia Romagna, la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia – hanno adottato da qualche anno una codifica ben specifica che ci permette di distinguere quanti sono esattamente i casi di ciascun tipo. Il sottoslivellamento e il sopraslivellamento del tratto ST comportano un intervento nel giro di pochi minuti, in urgenza, per riaprire le coronarie, mentre i casi di sindrome coronarica acuta consentono un tempo maggiore per agire.

Nel 2005 abbiamo prodotto un altro documento importante, che lasciamo sempre a disposizione, relativo alla rete interospedaliera per l'e-

mergenza coronarica. La Federazione italiana di cardiologia, insieme alle società della medicina d'urgenza e del 118, ha prodotto un testo che rappresenta lo *statement* della nostra società scientifica su quella che dovrebbe essere la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto.

Molte cose sono state già dette dai colleghi che mi hanno preceduto, ma vorrei richiamare alcune criticità fondamentali.

Innanzitutto l'accesso in ospedale dovrebbe sempre avvenire attraverso il 118. In questo si registra una disomogeneità tra le diverse Regioni. Se nella provincia di Bologna, nella quale lavoro, il 50 per cento dei pazienti con un attacco cardiaco arriva in ospedale attraverso il 118, in altre realtà la percentuale è decisamente più bassa. Su questo aspetto occorre investire in un'opera di educazione sanitaria della popolazione, affinché, in caso di dolore toracico con determinate caratteristiche, si chiami il 118. Ci sono ancora tanti pazienti che arrivano in ospedale con mezzi propri o troppo tardi.

Il secondo punto attiene all'implementazione della telemedicina, che si sostanzia nella teletrasmissione dell'elettrocardiogramma. Per noi cardiologi la teletrasmissione – e su questo c'è un accordo con il 118 – significa teleconsulto. Dopo la trasmissione dell'elettrocardiogramma si comunica per telefono. Idealmente il paziente ha già ricevuto dal medico del 118 un elettrocardiogramma a domicilio, che viene teletrasmesso all'UTIC territoriale di riferimento; insieme al cardiologo viene convalidata la diagnosi e si decide così dove bisogna portare il paziente, che non è necessariamente l'ospedale più vicino.

Il terzo punto è relativo alle unità coronariche. In questo momento da qualcuno viene messa in discussione la legittimità della loro esistenza. In alcune Regioni, a mio parere in modo allarmante, stanno emergendo ipotesi di ospedali per intensità di cura. Come cardiologi non siamo favorevoli a questa ipotesi, soprattutto per i pazienti. Entro nei dettagli. In questo momento in Italia ci sono 411 Unità di terapia intensiva cardiologica; non si chiamano più «unità coronariche», ma «unità di terapia intensiva cardiologia», perché non si occupano solo dell'infarto acuto, ma anche di altre situazioni acute che devono essere gestite in un ambito specialistico cardiologico. Esistono 244 laboratori di emodinamica in grado di eseguire l'angioplastica. A nostro parere le UTIC devono essere difese: non è una difesa corporativa o sindacale, ma una difesa nell'interesse del paziente colpito da infarto.

Insieme all'ANMCO e all'Istituto superiore di sanità abbiamo prodotto dati in un registro nazionale denominato «IN-ACS Outcome» (*Italian Network on Acute Coronary Syndromes Outcome*). I dati che abbiamo a disposizione in questo registro, che sta per essere pubblicato, dimostrano che ancora il 20 per cento dei pazienti con infarto miocardico acuto non transita attraverso i reparti di cardiologia. L'Istituto superiore di sanità e il Ministero competente in materia di sanità, attraverso le schede di dimissione ospedaliera, hanno calcolato la mortalità a 30 giorni, che risulta doppia per i pazienti con infarto che non sono gestiti in am-

biente di cardiologia. Non è un dato di mortalità grezzo, ma corretto con quello relativo alle comorbidità.

Quindi sicuramente rivendichiamo che ci sia un luogo di cura, che deve essere il reparto di terapia intensiva cardiologica, per il paziente colpito da infarto.

In questo momento, per il trattamento dell'infarto, la terapia più efficace è costituita dall'angioplastica primaria (a condizione che venga fatta in tempi brevi), cioè la riapertura meccanica attraverso un catetere con il palloncino della coronaria ostruita. La distribuzione dei laboratori di emodinamica nel nostro Paese, in questo momento, è omogenea e non c'è sofferenza per il numero dei laboratori, perché abbiamo 244 laboratori di emodinamica interventistica – uno ogni 200.000 abitanti circa – che è un numero adeguato. Molti laboratori, però, non sono «H24», non lavorano cioè a tempo pieno, anche nella mia Regione, l'Emilia Romagna, e questo non è accettabile perché il laboratorio di emodinamica deve essere attivo 24 ore su 24, sette giorni a settimana. Devono perciò essere fatti degli sforzi e stanziare le risorse necessarie per fare in modo che tutti i laboratori di emodinamica connessi alle UTIC abbiano una operatività di 24 ore al giorno.

Un altro punto critico, come è stato già detto dai colleghi che mi hanno preceduto, è quello dei trasporti secondari. Il paziente che chiama il 118, se avviene il teleconsulto, la teletrasmissione dell'ECG, e ci sono le indicazioni per la riapertura delle coronarie chiuse, può essere smistato al centro *hub* in una logica che noi sosteniamo, cioè quella dell'*hub and spoke*. Poi, dopo che gli è stata praticata la riapertura delle coronarie ed aver trascorso 24 ore nel centro *hub*, il paziente può tornare anche nella UTIC territoriale di riferimento.

Purtroppo, più del 50 per cento dei pazienti arriva al pronto soccorso vicino casa in tempi diversi e qui si riscontra una criticità importante. Infatti, nel momento in cui il paziente arriva al pronto soccorso dell'ospedale periferico, il suo viene considerato come un trasporto secondario, quindi non necessariamente a carico del 118, con enormi ritardi. Questo paziente di solito paga un prezzo altissimo in minuti e ore di ritardo. Bisogna considerare che ogni 30 minuti di ritardo, c'è un aumento della mortalità per infarto del 7 per cento, che non è poco. Nel documento che avevamo prodotto nel 2005 insieme alla Società di medicina d'urgenza e il 118, avevamo sostenuto la necessità e il principio che anche questi trasporti fossero gestiti come trasporti primari, quindi a carico del 118.

Infine, anch'io, a nome della Federazione italiana di cardiologia, richiamo, oltre alla specificità dell'assistenza cardiologica delle UTIC, la specificità della *clinical competence* del cardiologo. Nello stesso modo in cui nessuno si sentirebbe tranquillo di fronte ad una radiografia del torace se non fosse refertata dal radiologo, credo che l'elettrocardiogramma andrebbe sottoposto al parere del cardiologo. Anche il computer, infatti, può fare una diagnosi, anche gli infermieri addestrati che sono sull'ambulanza sono in grado di riconoscere i casi eclatanti, ma un dolore toracico

in pronto soccorso, con un elettrocardiogramma che, soprattutto nella fase acuta, spesso è «normale», credo che richieda, ferma restando la specificità e la professionalità del medico del dipartimento d'emergenza, un forte coinvolgimento del cardiologo. Questo sia a livello assistenziale, sia per quanto riguarda la formazione degli specialisti dell'emergenza nel settore cardiologico che ha sicuramente delle peculiarità e specificità del tutto particolari.

Concludo dicendo che, dalla Federazione italiana di cardiologia, oltre ai tre documenti che ho presentato, sta per essere completata una rilevazione nazionale che si chiama «Rete IMA web» che è stata affidata alla Società italiana di cardiologia invasiva (GISE), la società di settore degli studi emodinamici. Essa sta producendo una fotografia molto precisa e accurata dello stato di avanzamento delle reti e delle criticità, in ogni Regione ma soprattutto in ogni ambito. L'ambito d'azione del comitato per l'emergenza cardiologica è provinciale o di area vasta. Quindi abbiamo a disposizione dati che ci dicono qual è lo stato di avanzamento delle reti a livello di ogni provincia e di ogni area vasta italiana, in termini di risorse di UTIC, di emodinamica e di 118, nonché di possibilità di trasmissione dell'ECG, di accesso diretto e quant'altro.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Onofri, il professor Fedele e il professor Di Pasquale per l'altissimo livello dei loro interventi. Chiediamo anche al professor Di Pasquale di lasciare tutti i documenti che ritiene necessari alla Commissione.

RIZZI (*LNP*). Signor Presidente, mi associo ovviamente ai ringraziamenti che lei ha rivolto ai nostri ospiti. Vorrei solo focalizzare un particolare che tornerà sicuramente utile nel corso dell'indagine conoscitiva. La mia domanda è rivolta a tutti e tre i relatori.

Abbiamo appreso, dalla statistica di Lombard IMA presentata dal dottor Onofri, che solo il 41 per cento dei pazienti arriva entro 90 minuti in sala angiografica. Altre statistiche riportano dati ancora più allarmati: ne abbiamo vista una statunitense che parla solo del 15 per cento dei pazienti. Secondo la vostra esperienza, avete dei dati o sono stati fatti degli studi da questo punto di vista per cercare di capire se l'anello debole della catena va ricercato più nel sistema del soccorso extraospedaliero, quindi nella conoscenza dell'attivazione del 118 e del trasporto dall'infermo, oppure se il problema è maggiormente legato all'accettazione in pronto soccorso, al ritardo della diagnosi intraospedaliera e ai tempi d'attesa intraospedalieri, o se entrambi i fattori confluiscono in questa problematica, e, se sì, in quale misura? Infatti questo dovrebbe essere il punto centrale della nostra indagine e, se avete degli elementi da questo punto di vista, ve ne saremmo grati.

ASTORE (*IdV*). Lo scopo della nostra indagine è aiutare le Regioni a superare le difficoltà che hanno con alcuni «campanili» che si sviluppano nel nostro territorio.

In primo luogo, ho l'impressione che il 118, in alcune parti del nostro Paese, sia considerato semplicemente come un servizio di trasporto infermi, cioè una parte della popolazione lo utilizza per andare in ospedale quando potrebbe arrivarci anche in altri modi.

In secondo luogo, alcune Regioni, forse perché hanno paura di indicare i centri dove si deve assolutamente dare una risposta scientifica, se si tratta di infarto o altra emergenza, prevedono doppi passaggi in piccoli ospedali, pronti soccorsi che non esistono e quant'altro. Sono scandalizzato da questa situazione, e parlo con cognizione di causa: ho perso anche mio padre per questo motivo. Non è possibile che una Regione possa imporre di andare nell'ospedale più vicino.

In terzo luogo, vorrei chiedere se non si ritenga opportuno che la rete che è stata creata in Lombardia – parlo di una Regione di oltre 9 milioni di abitanti – possa diventare un modello per creare reti, provinciali o regionali a seconda della dimensione, anche nelle altre Regioni in cui vengano definiti con assoluta certezza i ruoli e i compiti della cardiologia.

Mi spiego meglio: ero assessore alla sanità nella mia Regione e mi sono dimesso perché una delle tante cose che intendevo fare, dato che mi sembrava assurdo che esistessero tre reparti di cardiologia in una Regione di 320.000 abitanti, era favorire la specializzazione di ciascun reparto in un determinato settore, per poi collegarli in rete, in modo che il paziente potesse andare direttamente nel reparto specializzato più rispondente al suo caso.

Le esperienze che ci avete illustrato dovrebbero essere trasferite anche in altre Regioni, specie un momento in cui la sanità ha bisogno di maggiore efficienza ma anche di risparmi, per evitare sprechi che vanno a danno del paziente e a vantaggio di chi vuole mezzo primariato in più o una unità operativa semplice in più.

CALABRÒ (*PdL*). Signor Presidente, approfitto subito per ringraziare i tre relatori, ai quali vorrei chiedere alcune precisazioni e valutazioni. Si è parlato di rete *hub and spoke*; secondo voi, è opportuno che questa rete sia organizzata per aree territoriali precostituite o che sia occasionale? Mi spiego meglio: dall'intervento del professor Fedele mi è sembrato di capire che sarebbe preferibile che i percorsi li valutasse il 118 in rapporto alle disponibilità di posto letto e quant'altro; secondo altre considerazioni sarebbe preferibile una rete precostituita in base alla quale gli ospedali *spoke* abbiano il loro ospedale *hub* di riferimento.

Vorrei inoltre una valutazione su un problema che ancora non è stato affrontato, concernente le possibili modalità di effettuazione della trombolisi preospedaliera. Una volta eseguita la diagnosi da casa del paziente, con la telemedicina e con il trasporto telematico dell'elettrocardiogramma, è opportuno iniziare la trombolisi a casa del paziente o in ambulanza? Oppure sarebbe preferibile arrivare il più rapidamente possibile in ospedale?

Un'ulteriore questione riguarda eventuali profili medico-legali della diagnosi a distanza. È codificato chi è il responsabile di tale diagnosi? Si tratta del cardiologo della centrale che raccoglie la chiamata o del me-

dico che ha trasmesso l'elettrocardiogramma dall'abitazione del paziente? Sembra di capire che il professor Fedele non consideri necessario che in questi casi l'ambulanza del 118, relativamente all'emergenza cardiologica, sia un'ambulanza medicalizzata. Possiamo considerare questo dato come definitivo o suscettibile di ulteriori valutazioni e decisioni?

In riferimento a quanto il senatore Astore ha affermato poco fa, domando se possiamo ritenere che il trasporto all'ospedale più vicino, che avviene nella stragrande maggioranza dei 118 regionali, sia da proibire. Lo ritengo un concetto davvero folle, ma è presente nella documentazione e nelle linee guida di quasi tutte le Regioni. Mi chiedo se ci siano delle considerazioni che inducano a far permanere il criterio della distanza territoriale, oppure se sia opportuno affrontare il suddetto criterio in maniera decisa, forte e proibirlo.

Circa il comportamento che il paziente deve seguire quando arriva in un ospedale dove non c'è l'emodinamica, il professor Di Pasquale ha fatto riferimento al pronto soccorso periferico, dove non può non esserci l'emodinamica e dove spesso ci sono delle significative perdite di tempo. È preferibile lavorare per ridurre il più possibile questi tempi oppure in quelle determinate condizioni è più opportuno pensare di ricorrere alla trombolisi? Vorrei che su tale aspetto fosse fatta una valutazione da parte dei nostri ospiti.

ONOFRI. Signor Presidente, inizierò a rispondere alle domande del senatore Astore e, in primo luogo, a quella riguardante l'opportunità di estendere l'esperienza della Lombard IMA a tutte le altre Regioni. La nostra esperienza è nata in un momento di entusiasmo, quando noi emodinamisti abbiamo deciso di aggregarci. In quel periodo sembrava esserci una povertà di organizzazione da parte delle società scientifiche nazionali nella gestione di questo tipo di problemi ed è nato il gruppo Lombard IMA. Il Lombard IMA ha sviluppato un proprio registro, ma adesso si è affiliato alla Società italiana di cardiologia interventistica che, a sua volta, è associata alla Federazione italiana di cardiologia. In questo momento – il professor Di Pasquale può correggermi se sbaglio – le stesse società nazionali stanno creando delle organizzazioni regionali o persino provinciali per mettere in rete le cardiologie. Di fatto, il Lombard IMA può collaborare come organizzazione e come gruppo di studio, ma non credo sia un'esperienza di riproporre, poiché stanno già lavorando i centri organizzativi delle società italiane.

FEDELE. Vorrei subito premettere e ribadire che il primo sforzo da compiere è riportare tutto in un ambito culturale di competenza cardiologica. Nell'ambito di queste sindromi tutta l'organizzazione è strumentale a ciò che è necessario fare per curare il paziente nel modo migliore. Partiamo quindi dalla patologia. Per rispondere alla prima domanda, penso che un ritardo ci sia e che dipenda da una serie di concause. Penso di aver già sottolineato nel mio primo intervento che bisogna essere abbastanza rigidi nello stabilire i percorsi e gli snodi.

Per quanto riguarda i quesiti posti dal professor Calabrò, personalmente sono a favore delle aree territoriali precostituite. I piccoli centri devono far riferimento a un determinato *hub*. Siccome l'*hub* è sede di DEA di secondo livello non è ammissibile che si ponga la questione della mancanza dei posti letto, che devono obbligatoriamente esserci. Ritengo che i percorsi debbano essere ben precostituiti e che le regole, soprattutto a livello di snodo, debbano essere definite su base tecnica.

Circa il numero degli ospedali, bisogna valutare quanti ne siano necessari. Prendiamo in considerazione, ad esempio, una patologia che ha bisogno di un intervento entro 90 minuti: se esiste una situazione regionale che non permette di raggiungere in 90 minuti l'unico ospedale specializzato regionale, allora è necessario che ve ne siano altri, diversamente non si agirebbe nell'interesse della salute dei nostri cittadini. Si tratta di una questione di distribuzione territoriale.

Per quanto concerne i profili medico-legali, attualmente sono disponibili delle attrezzature tecnologiche che permettono, in maniera perfetta, la trasmissione a 12 derivazioni del tracciato. Naturalmente il referto viene redatto dal cardiologo e vale come referto di quel determinato momento. È chiaro che il tracciato dopo alcuni minuti si può anche modificare, ma noi abbiamo a disposizione la documentazione del tracciato inviato. È il cardiologo che fa la diagnosi. Questo è ciò che accade anche nel pronto soccorso.

Penso inoltre che sarebbe auspicabile avere tutte le ambulanze medicalizzate, anche se ciò non si può sempre pretendere. Sarebbe sufficiente avere infermieri adeguatamente addestrati e che, soprattutto nelle fasi acute, sappiano realizzare la defibrillazione in ambulanza.

DI PASQUALE. Il senatore Astore ha sollevato un problema molto importante, ossia la necessità che vi siano dei protocolli condivisi; noi, come Federazione italiana di cardiologia, l'abbiamo sottolineato nel nostro documento e mi sembra che ciò avvenga non solo nella mia Regione, l'Emilia Romagna, ma anche in tante altre Regioni. Il livello rispetto al quale deve avvenire tale condivisione deve essere un livello strutturato di comitati provinciali, perché di solito la gestione del 118 riguarda un ambito di tipo provinciale o comunque di area vasta. Dove ancora non è stato fatto, vanno istituiti dei comitati provinciali di cui fanno parte i referenti della cardiologia, del dipartimento emergenza e urgenza, del 118, delle direzioni sanitarie.

Il passo successivo è l'elaborazione di protocolli scritti e condivisi in modo che ci sia, come ha affermato il senatore Calabrò, una rete precostituita. Non è ammissibile che il medico del 118 debba considerare gli orari in cui, ad esempio, un'emodinamica è disponibile, per cui fino ad una certa ora è possibile trasportare lì il paziente ma dopo occorre rivolgersi ad un altro ospedale. Tutti devono essere in condizione di lavorare sulla base di criteri di qualità, di accreditamento e di *clinical competence*. Devono esistere protocolli scritti e definiti, che possono anche prevedere (rispondo brevemente alla domanda del senatore Calabrò) che in alcuni casi

e situazioni venga attuata dal medico a bordo la trombolisi preospedaliera oppure quella che chiamiamo trombolisi decentrata.

Se il paziente arriva in un pronto soccorso periferico molto precocemente, entro due ore dall'inizio dei sintomi, è in tempo per essere trasportato in un centro *hub* per l'angioplastica primaria; ma se, per una serie di condizioni, è passato troppo tempo, allora la trombolisi può addirittura essere preferibile rispetto all'angioplastica.

Quello che conta è che nella maggioranza dei pazienti si riesca ad ottenere una riperfusione. Nella realtà bolognese, la percentuale di pazienti con infarto che è riperfusa entro 12 ore è passata dal 60 per cento all'85 per cento: questo grazie alla rete.

Credo quindi che i comitati provinciali debbano essere istituiti proprio per fissare protocolli definiti. Ribadisco che le strutture esistenti devono essere messe in condizione di lavorare. In Italia il 50 per cento dei centri di emodinamica che eseguono l'angioplastica primaria ne fanno meno di 50 all'anno. Questi non sono valori accettabili, per i quali si possano ottenere *outcome* favorevoli dal punto di vista della qualità e della *clinical competence* del laboratorio. Il problema, quindi, non è moltiplicare i centri, ma mettere i centri esistenti in condizione di lavorare al cento per cento.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, piuttosto che porre una domanda vorrei svolgere una riflessione.

Mi premeva sapere se, al di là delle vostre esperienze positive e delle vostre organizzazioni di rete, vi scontriate poi con una realtà completamente diversa. La realtà con cui più spesso mi sono confrontato in merito alle terapie intensive riporta basse percentuali di posti disponibili; spesso i pazienti devono affrontare viaggi di quattrocento chilometri, quindi, in una Regione estesa in lunghezza come la Puglia, si attendeva che un paziente morisse e si liberasse il posto prima di farne partire un altro.

Chi controlla i posti dedicati? Questo quesito è rivolto alla politica più che agli esperti. Voi, infatti, presentate i vostri suggerimenti, ma in un'indagine conoscitiva dobbiamo mettere il dito nella piaga, per capire con quale realtà vi scontrate sul territorio dal punto di vista medico-professionale.

Quant'è in Italia il personale medico ed infermieristico sanato, diventato, cioè, personale del 118 in quanto recuperato alla vita medica, perché sarebbe stato, altrimenti, privo di occupazione? Devo far capire al Governo e in generale alla politica che abbiamo situazioni di questa drammaticità. Ci sono infermieri che sono diventati tali con corsi veloci. Non voglio discutere su chi li ha formati, ma ci sono molti infermieri recuperati da situazioni difficili che ora operano per il servizio 118.

Sulla questione delle ambulanze medicalizzate o non, sebbene sia possibile che dal *triage* sia dato per tempo l'avviso di partenza di un'ambulanza destinata ad un ammalato cardiologico, molto spesso invece le ambulanze partono per un'urgenza non specificata, magari perché qualcuno ha chiamato con il salvavita Beghelli. In quel caso quale infermiere

deve essere mandato sull'ambulanza? Quello che sa trattare il paziente affinché non abbia una tetraparesi, o quello con la specificità e la capacità di defibrillare ed eventualmente iniziare un ACLS? Su questo tema dovremmo confrontarci innanzitutto a partire dall'esistente.

Infine, riprendendo gli ottimi interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, rilevo soprattutto che la classe politica, che dovrebbe controllare ciò che accade, non lo fa: si fa trascinare dalle emergenze, arriva solo dopo e soccorre spesso non i pazienti ma il personale. In questo modo non si realizzeranno i centri di emodinamica e non si istituiranno percorsi formativi diversi dagli attuali, che presentano curve di apprendimento veramente inesistenti o che trovano compimento in un arco di tempo troppo lungo, quando ormai le competenze acquisite sono obsolete e non sufficienti per il personale che deve essere immesso nelle reti cui facevano riferimento il senatore Astore e il dottor Onofri.

FEDELE. Sono veramente molto contento di essere qui, perché penso che dal confronto tra tecnici e politici possano nascere le proposte migliori. Sicuramente il politico deve avere la sensibilità che state dimostrando voi ed aiutarci nell'organizzazione delle necessarie risorse umane e strutturali, anche se è opportuno che siano lasciati ai tecnici gli aspetti più specifici.

È fondamentale riprendere un valido discorso culturale, garantendo una preparazione professionale adeguata a certi livelli. Infatti, se il portantino – per carità, non si chiama più così – viene collocato sull'ambulanza, deve essere previsto un corso di formazione e devono essere fissati gli *standard* qualitativi di chi può fare formazione. Non tutti possono essere *provider*, mentre attualmente ce ne sono molti improvvisati. Esistono, invece, istituzioni e importanti centri di eccellenza, non solo universitari, ma anche ospedalieri, in tutta Italia ed esistono le società scientifiche. Penso che utilizzando tali enti ai fini della formazione si possa ottenere un miglioramento per quanto riguarda la qualità.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora una volta i nostri gentili ospiti e i colleghi intervenuti nel dibattito. Avverto che il documento presentato dal dottor Onofri e quelli che saranno successivamente trasmessi saranno resi disponibili per la consultazione.

L'audizione odierna è così conclusa. Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,25.

