



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

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**

27^a seduta: mercoledì 8 ottobre 2008

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

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

PRESIDENTE	Pag. 3, 10	STERZI	Pag. 3, 8
MARTINI, sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali	9	* UGUCCIONI	6, 8
SACCOMANNO (PdL)	7		

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 il dottor Roberto Sterzi, direttore della struttura complessa di Neurologia dell'Ospedale Niguarda di Milano, ed il dottor Massimo Uguccioni, componente del Consiglio direttivo dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO).

I lavori hanno inizio alle ore 15.

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 e urgenza, sospesa nella seduta del 24 settembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta sia l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso sia la trasmissione radiofonica e che la Presidenza del Senato 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.

Oggi è prevista l'audizione di alcuni esperti. Sono presenti, in particolare, il dottor Roberto Sterzi, direttore della struttura complessa di Neurologia dell'Ospedale Niguarda di Milano, e il dottor Massimo Uguccioni, componente del Consiglio direttivo dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO).

STERZI. Signor Presidente, chiedo il permesso di potermi avvalere di alcune diapositive illustrative a supporto di quanto sto per esporre. Ho inoltre preparato un breve riassunto che consegno alla Commissione.

L'argomento che mi è stato chiesto di trattare riguarda l'ictus e la rete che si è organizzata, o si sta tentando di realizzare, per affrontarlo. Innanzitutto, vorrei sottolineare come l'ictus oggi sia peggiore di un'epidemia in quanto colpisce oltre 196.000 persone ogni anno (è come se una città di medie dimensioni venisse colpita da questo morbo). I sopravvissuti in Italia sono 913.000. Se moltiplichiamo il numero di queste persone per quello dei loro familiari, sappiamo quante persone sono coinvolte da questo problema.

I costi per gestire i casi di ictus, variamente stimabili, sono assai elevati (fino allo 0,25 per cento del PIL).

L'*ictus* costituisce la prima causa di invalidità nell'età senile (colpendo soprattutto le persone anziane ma anche i giovani), la seconda di demenza e la terza di morte. Il problema nell'*ictus* qual è? Cuore e cervello sono diversi e quindi, mentre è facile capire cosa sta accadendo in caso di infarto miocardico, meno facile è capire cosa accade in caso di *ictus* cerebrale. L'*ictus* provoca enormi disastri perché il personale medico ha a disposizione una finestra terapeutica di poche ore, praticamente solo tre, e molto spesso i pazienti arrivano in ospedale troppo tardi. Ringrazio, pertanto, la Commissione per la sensibilità dimostrata interessandosi a questo problema: il suo intervento può fare tanto, anche in termini economici, può cambiare la situazione e generare risvolti non trascurabili.

Esistono sintomi particolari che la maggior parte delle persone non conosce, un vuoto di conoscenza da parte della popolazione che provoca ritardi. In Italia abbiamo svolto un lavoro consistente e da più di dieci anni ci siamo occupati di redigere le Linee guida italiane per l'*ictus* cerebrale, che sono consultabili sul nostro sito e riportate nel promemoria. La redazione di queste Linee guida ha coinvolto, per l'ultima edizione, 36 società scientifiche: esse costituiscono un punto di riferimento importante, preso in considerazione anche dalla letteratura internazionale.

Per fronteggiare l'*ictus* esistono due possibili approcci terapeutici: la trombolisi, applicabile solo nelle prime tre ore e ai soli ai pazienti colpiti da *ictus* ischemico (quindi, ad una porzione modesta dei pazienti che arrivano in ospedale), oppure il ricovero presso le *stroke unit* per tutti i pazienti. Un'altra terapia, che ha effetto molto modesto, è l'aspirina.

Per *stroke unit* si intende un reparto dotato di una serie di letti dedicati ai pazienti colpiti da *ictus* e di personale che sappia gestire questa malattia. Per spiegare tale concetto, ricordo quanto accaduto a Felipe Massa nel *box* della Ferrari: la corsa si vince solo se c'è un *team* efficace ed efficiente, che riesce a compiere tutte le operazioni giuste al momento giusto. Questo è il segreto del successo della *stroke unit* in Italia.

Grazie anche ai fondi del Ministero della salute, in questi anni siamo riusciti a compiere un censimento di tutte le unità per il trattamento dell'*ictus* in Italia. L'ultimo dato, che illustrerò tra un attimo, è stato pubblicato l'anno scorso su una rivista prestigiosa come Lancet.

La situazione delle *stroke unit* in Italia, purtroppo, è desolante: su più di 700 reparti che accolgono pazienti colpiti da *ictus*, meno del 10 per cento è costituito da *stroke unit* che sono per i tre quarti strutture neurologiche.

È importante che anche in Italia si sia riusciti a dimostrare quanto ormai consolidato nella letteratura internazionale, cioè che un ricovero in *stroke unit* riduce la morte e la condizione di disabilità. Ogni 100 pazienti ricoverati in *stroke unit*, vi sono nove pazienti in meno ad avere bisogno di un'impegnativa assistenza: immaginate i costi per la famiglia, tangibili e anche intangibili (anche i costi intangibili da sopportare per occuparsi di queste persone sono estremamente elevati).

Un'altra possibilità è quella di sciogliere il trombo con farmaci definiti appunto trombolitici. Vi è uno studio europeo propugnato dall'EMEA

(*European Medicines Agency*) per accogliere questa pratica terapeutica, i cui risultati hanno confermato quanto già noto in virtù di studi clinici internazionali, cioè il fatto che grazie a questi farmaci vi è una riduzione della mortalità e un miglioramento dell'indipendenza (cioè l'essere privi di disabilità) con un modesto incremento delle emorragie.

In Italia abbiamo fatto quanto gli altri Paesi europei già fanno e, quindi, disponiamo di tutte le competenze e del *know how* necessario per sviluppare la trombolisi. Ancora una volta, però, solo lo 0,15 per cento di pazienti l'anno riesce ad arrivare in ospedale in tempo. Immaginate quanto siamo distanti dal progetto europeo del 5 per cento per il 2009.

Forse sono questi gli aspetti che più interessano la Commissione: la *stroke unit*, la trombolisi e i ritardi.

In Italia, la trombolisi è attuata soprattutto nelle Regioni del Nord e in quelle del Centro con un grosso divario, non accettabile, rispetto alle Regioni del Sud. Vi è dunque una competenza che deve essere sviluppata e, a tal proposito, siamo in linea con gli orientamenti della Commissione: il *gap* tra Nord e Sud deve essere colmato, anche per quanto riguarda la distribuzione delle *stroke unit*.

Possiamo far molto per migliorare: vi è un documento che recepisce un accordo Stato-Regioni del febbraio 2005, che può rappresentare un buon punto di partenza; vi sono i progetti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, come la promozione dell'iniziativa «*Stroke 2008*» coordinata dal professor Inzitari dell'Università di Firenze.

Purtroppo vi sono ostacoli all'implementazione di questi progetti dovuti alla scarsa conoscenza del problema. Il punto è che non si tiene conto dei dati disponibili, che vi ho presentato, e che vi è uno scarso interesse da parte delle aziende farmaceutiche, che non hanno molto da guadagnare in questo settore. Vi sono però dei pazienti, delle persone malate, per le quali possiamo fare molto e alle quali possiamo dare un grande aiuto. Pertanto, abbiamo elaborato le Linee guida per creare in Italia una cultura dell'*ictus*, anche se c'è ancora un processo disomogeneo di pianificazione ed implementazione.

Ho portato, a titolo esemplificativo, e consegno alla Commissione il decreto approvato dalla Direzione generale della sanità della Regione Lombardia che illustra, per la rete regionale, un'ipotesi di funzionamento dei centri per il trattamento dell'*ictus* e per il coordinamento con il Pronto soccorso.

Signor Presidente, manca un piano attuativo nazionale con indicazioni di economia sanitaria e sistemi di *auditing*.

In Italia esiste l'associazione «Alice», che a breve celebrerà la sua giornata nazionale. Tale associazione è stata tenuta a battesimo proprio dal Senato: forse i senatori delle passate legislature ricorderanno che nel 2004, fuori dal Senato, essi vennero invitati nel *camper* di Alice per valutare il proprio rischio (si scoprì che godevano di ottima salute ed erano privi di placche carotidee). Questa associazione sta facendo molto e da anni si batte per migliorare la situazione.

Vale la pena di perseguire tutto ciò? Ricordo che in Italia vi sono ogni anno 180.000 ricoveri per *ictus*. Consegnò alla Commissione una fotografia, scattata per una pubblicazione dell'associazione Alice, che ritrae un signore sopravvissuto ad un *ictus* che è tornato a vangare il proprio orto con grande soddisfazione: a mio parere, questa è la dimostrazione migliore che ne vale la pena.

UGUCCIONI. Signor Presidente, quale componente del Consiglio direttivo dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO), sostituisco oggi il dottor Pirelli, presidente della nostra associazione.

Il tema della rete dell'emergenza in ambito cardiologico è stato già affrontato in questa Commissione, come risulta dagli atti delle precedenti audizioni. Tra l'altro, un contributo era già stato proposto dal dottor Di Pasquale, presidente della Federazione di cardiologia, che rappresenta la nostra associazione presso le istituzioni.

Un contributo nuovo che possiamo dare rispetto a questo tema sono le risultanze dell'indagine osservazionale che la nostra Associazione ha svolto sulle modalità di accesso in caso di infarto alle 330 unità coronariche, che rappresentano sostanzialmente la copertura del territorio nazionale.

Tale indagine ha evidenziato esattamente i problemi già osservati. In primo luogo, la percentuale dei soggetti che giungono presso le unità coronariche con il trasporto del 118 è molto bassa; il 65 per cento dei soggetti giunge con mezzi propri presso il pronto soccorso. Quindi, non è passato il messaggio, che tutti vorremmo far passare, della rete delle emergenze.

In secondo luogo, il trasporto diretto presso le unità coronariche, attrezzate alla procedura di rivascolarizzazione di angioplastica primaria, si è svolto soltanto nell'8 per cento dei casi e la teletrasmissione dell'elettrocardiogramma soltanto nel 6 per cento dei casi. Quindi, se il nostro obiettivo è ricoverare il paziente giusto presso la struttura giusta, evidentemente siamo molto lontani dal raggiungerlo.

Un altro aspetto fondamentale è rappresentato dal cosiddetto ritardo evitabile, cioè dai tempi di intervento e di raggiungimento della struttura. Per ridurre il ritardo evitabile è necessario realizzare un intervento di tipo educativo sulla popolazione e di formazione sui medici che devono interpretare per primi i sintomi.

Il dato dell'accesso ritardato presso le unità coronariche, o il ricovero presso strutture di unità coronarica non provviste di emodinamica, ha una ricaduta molto pesante, come dimostra il fatto che circa il 40 per cento dei pazienti con infarto non viene sottoposto a cure adeguate; su 100 pazienti che dovrebbero essere sottoposti a terapia di riperfusione, il 45 per cento va ad angioplastica, il 15 per cento viene sottoposto a terapia medica con trombolisi e il 40 per cento a nessuna terapia. Con pesanti ricadute in termini prognostici sfavorevoli.

Da questo punto di vista, possiamo dare un contributo. A breve trasmetteremo alla Commissione un documento che raccoglie i dati più importanti relativi all'indagine osservazionale sulle UTIC, che abbiamo svolto, unitamente a un progetto, finalizzato alla formazione, a proposito del ritardo evitabile, dei medici non cardiologi per una diagnosi precoce di infarto.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, vorrei partire proprio dalle ultime affermazioni e vorrei porre solo una domanda anche perché, come ha detto il dottor Uguccioni, sono stati già esaminati gli atti e abbiamo una buona conoscenza di questa emergenza fondamentale dal punto di vista organizzativo e dell'interesse non solo del Senato, ma dei cittadini in generale.

Con riferimento alla nostra indagine, mi sorge un dubbio. Tra tutti i rilievi che osserviamo, vi è una mancanza organizzativa di base. Tale mancanza assume caratteristiche gravissime nel momento in cui si afferma che i pazienti finiscono in unità coronariche senza emodinamica e che quindi su 100 pazienti che dovrebbero essere trattati con interventi di emodinamica, in realtà solo 45 lo sono. Mi rivolgo ai nostri ospiti, ma anche a noi stessi: probabilmente dovremmo fare in modo che vi siano meno unità coronariche senza emodinamica; è così che possiamo affrontare in modo concreto il problema.

Se diventa addirittura rischioso andare in una unità coronarica, perché, come si rileva dalle affermazioni del dottor Uguccioni, non si è sottoposti al trattamento dovuto, è proprio di questo che come Commissione ci dobbiamo occupare. Nell'ambito della nostra indagine è emerso un altro dato fondamentale: frequentemente ci troviamo di fronte ad interventi del 118 in cui, al di là della preparazione degli infermieri (che comunque sono senza medico), l'infermiere spesso non ha il necessario per effettuare un primo intervento, una defibrillazione o un'altra attività presso il letto del malato. Inoltre, le reti hanno rapporti complessi per definire la giusta allocazione e il giusto percorso che il paziente deve fare per raggiungere il ricovero, non solo per la via più breve, ma per la via più opportuna. Tra l'altro, comprendo come, in situazioni concitate e particolari di questo tipo, sia difficile capire se si sta andando verso un centro di emodinamica o meno.

Pertanto, uno dei primi dati che la Commissione deve porre in evidenza, anche in relazione ai rapporti con il Governo (e ringrazio il Sottosegretario per la sua presenza), è che probabilmente va rivista una dotazione che sulla carta è arricchente, ma che può diventare addirittura pericolosa se non dotata in modo adeguato di una risposta importante e fondamentale ad una rete che si realizza. Abbiamo valutato diverse possibilità in cui si parlava della rete, ma se poi nella rete vi sono punti di appoggio di questo tipo, essa diventa una preoccupazione.

Vorrei svolgere un'osservazione su quanto esposto dal dottor Sterzi. Probabilmente anche in questo caso il difetto principale può essere come si accede alla *stroke unit*. Se infatti riusciamo a dinamizzare e a ren-

dere veloce questo percorso, che deve avere anche in questo caso un obiettivo mirato per le sensibilità neurologiche, allora probabilmente stiamo organizzando una rete efficiente e non di facciata. Visto che la si sta realizzando ed è *in itinere*, dobbiamo affrontare questo problema rapidamente. Quando parliamo di potenziamento della rete, spesso nel linguaggio politico significa che, ad esempio, abbiamo attivato un'altra *stroke unit* in Puglia (e quindi in Puglia, invece che tre su 41, ne avremo quattro o cinque), ci siamo preoccupati di come devono avvenire l'accesso, l'organizzazione, la risposta alla rete territoriale, la valutazione del passaggio da neurologia clinica in generale a *stroke unit* in particolare, si è quindi sensibili verso un intervento organizzato in emergenza.

Il dottor Sterzi è stato generoso nelle informazioni e spero che avremo anche la relazione che ha redatto, ma l'aiuto che la Commissione chiede a chi ascolta è esattamente questo: qual è il dato pratico su cui in modo prioritario ci dobbiamo indirizzare se si vuole collaborare con il Governo per rivedere questo sistema? È chiaro – ne abbiamo parlato con il dottor Uguccioni poc'anzi – che potremmo dire molte cose, ma vi sono priorità ed emergenze, bisogna operare delle scelte per avere un cammino fruttuoso che porti ad un risultato. Allora, ciò che vogliamo sapere è quali sono le priorità e i percorsi verso i quali ci dobbiamo indirizzare.

UGUCCIONI. L'osservazione è estremamente interessante e stiamo riflettendo su questo aspetto. C'è un primo problema estremamente importante che le unità con emodinamica devono garantire la propria disponibilità nell'intero arco delle ventiquattro ore.

Il secondo aspetto riguarda il 118 che dovrebbe essere dotato, se non di medico, quantomeno di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma, che deve essere visionato presso un centro cardiologico (e la teletrasmissione è un risparmio rispetto alla presenza del medico).

La posizione dell'Associazione rispetto alle UTIC non provviste di unità di emodinamica è che sono comunque necessarie per tutti quei trasporti che non avvengono attraverso il 118, perché sono comunque in grado di garantire la terapia trombolitica che, seppure come seconda opzione, rimane comunque certamente efficace.

STERZI. C'è un aspetto che forse non è stato ben compreso: oggi le *stroke unit* sono poche, non sono collegate tra loro, non si interfacciano con il 118. Se capitasse a me di avere un *ictus* qui a Roma, che pure rappresenta uno dei centri d'eccellenza per la cura dell'*ictus*, avrei seri problemi. Ricordo il caso di una persona molto facoltosa colpita da *ictus*, che è stata paradossalmente da ciò svantaggiata: è stato chiamato un medico «delle dive» che non era particolarmente preparato rispetto a quella patologia, si è quindi perso tempo, il paziente è stato poi ricoverato in una clinica privata, che era una sorta di albergo a cinque stelle ma non attrezzata per questa malattia, e oggi ha rilevanti complicanze. Ho fatto questo esempio per dire che oggi siamo impreparati di fronte ad un *ictus*, può capitare a tutti, ma non stiamo facendo molto per questo.

MARTINI, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Il tema di cui stiamo dibattendo mi sta molto a cuore, perché credo che la qualità dell'offerta sanitaria del nostro Paese, visto che ci troviamo di fronte ad un quadro epidemiologico in cui sia il rischio cardiovascolare sia quello cerebro-vascolare rappresentano uno dei due pilastri insieme a quello oncologico, senza dubbio è una priorità su cui non soltanto il Governo è impegnato, ma su cui sono veramente felice di vedere una Commissione in grado di promuovere audizioni di alto profilo, così attenta e che si pone dei problemi reali e concreti afferenti alla qualità del nostro servizio sanitario.

Di fronte ad un rischio cerebro-cardiovascolare senza dubbio in aumento, legato a *trend* come la longevità e a un sovrappeso generale della popolazione (me ne sono occupata molto in questi giorni e continuerò ad occuparmene), insieme ad altri fattori presenti e tangibili, più volte ho raccomandato alla medicina di famiglia non soltanto di limitarne l'insorgenza attraverso la prevenzione, ma anche di calibrare l'intervento sulla persona, e quindi di operare sui fattori di rischio collaterali in modo da contribuire a ridurre l'incidenza delle patologie. Gli strumenti sono già molto ben visibili: le unità coronariche e i laboratori di emodinamica, che però dovrebbero essere, almeno per l'80 per cento, in grado di raccogliere le situazioni più complesse. L'obiettivo è quello di lavorare sulla «*golden hour*», che è quella che ci permette di ridurre drasticamente, intervenendo tempestivamente, tutti gli esiti invalidanti che, non soltanto incidono pesantemente sulla qualità della vita della persona, ma anche sulla spesa sanitaria: un paziente cronico non soltanto vive male ma è costoso in termini d'investimento di risorse.

La telemedicina è un altro elemento essenziale, soprattutto per le aree territorialmente più svantaggiate come le aree montane, servite da ospedali minori e non da grandi ospedali di rete, dove non si può pensare di avere la presenza di un cardiologo ventiquattrore su ventiquattro. In tali contesti, la telemedicina diventa un modo di mettere a disposizione dei pazienti le alte professionalità presenti nei grandi ospedali regionali e quindi indirizzare correttamente il paziente.

Oggi, a mio avviso, l'unico modo di affrontare coerentemente e scientemente il rischio cerebro-cardiovascolare è che le Regioni elaborino una mappatura del rischio. Ciò vuol dire che le Regioni devono avere consapevolezza della presenza di rischio, che senza dubbio è abbastanza omogenea in Italia, così come lo è in tutti i Paesi industrializzati. Tuttavia in alcune Regioni si registra una maggiore incidenza di popolazione anziana e ciò rappresenta, anche se non è il solo, un ulteriore elemento di cui tener conto. Mappare il rischio, anche e soprattutto attraverso la medicina di famiglia, significa censire i pazienti afflitti da patologie cardio-vascolari e indirizzare ogni paziente, soprattutto con un serio rischio, verso la struttura che deve accoglierlo in caso di evento. Questa è la mia valutazione della situazione ed il mio contributo agli esimi interlocutori che sono intervenuti oggi.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Francesca Martini, gli auditi e i senatori intervenuti nel dibattito. Faccio presente che la documentazione consegnata alla Commissione o trasmessa successivamente sarà disponibile alla pubblica consultazione.

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

La seduta termina alle 15,30.

