



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 5

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**

31^a seduta: mercoledì 29 ottobre 2008

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

I N D I C E**Audizione di esperti di servizi sanitari di urgenza ed emergenza**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 11 e <i>passim</i>	* COLA	Pag. 6, 15, 17
BASSOLI (PD)	10, 16	* FERRARI	3, 12, 14 e <i>passim</i>
BIANCHI (PD)	9		
* DE LILLO (PdL)	10		
RIZZI (LNP)	11		
SACCOMANNO (PdL)	10		

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 la professoressa Anna Maria Ferrari, presidente della Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza (SIMEU) e il professor Bruno Cola, direttore del Dipartimento emergenza-urgenza, chirurgia generale e dei trapianti del Policlinico S. Orsola di Bologna.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti di servizi sanitari di urgenza ed emergenza medica

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 dell'8 ottobre 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 esperti di servizi sanitari di urgenza ed emergenza medica. Sono presenti, in particolare, la professoressa Anna Maria Ferrari, presidente della Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza (SIMEU) e il professor Bruno Cola, direttore del Dipartimento emergenza-urgenza, chirurgia generale e dei trapianti del Policlinico S. Orsola di Bologna.

A nome della Commissione do il benvenuto ai nostri ospiti e cedo la parola alla professoressa Ferrari.

FERRARI. Ringrazio il Presidente e la Commissione per l'invito alla audizione odierna.

La nostra società è rappresentativa della gran parte dei professionisti che lavorano nel settore dell'emergenza-urgenza, a cominciare dalla centrale operativa 118, dall'emergenza territoriale e dall'emergenza intraospedaliera, suddivisa in pronto soccorso, medicina d'urgenza e osservazione breve intensiva.

Il nostro è un settore che ha subito, da quando nel 1992 il nuovo sistema di allarme sanitario di emergenza e urgenza è stato disciplinato con decreto, una trasformazione dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali sia ospedaliere, ad un vero e proprio sistema d'emergenza, con l'integrazione tra professionisti e percorsi del sistema stesso. È un sistema che può considerarsi una rete, con tutte le strutture che lo compongono; dalla documentazione che ho ricevuto sui lavori della Commissione

ho ricavato che vi è un particolare interesse per le reti in ambito cardio-vascolare, cerebrovascolare e di gestione del trauma grave.

Alla luce dei cambiamenti di questi anni, la nostra società ritiene assolutamente necessaria la costituzione di reti per patologie ad alta complessità, come quelle che sono state realizzate all'interno delle nostre strutture. Vi sono esempi (alcuni sono stati già ricordati in precedenti audizioni, altri li richiameremo oggi io e il collega) che dimostrano come la composizione di reti per quanto riguarda le patologie complesse riduca effettivamente gli esiti drammatici, in termini sia di mortalità sia di invalidità, di tali patologie.

L'esito di patologie come il trauma, l'*ictus* e l'infarto miocardico è tempo-dipendente: è necessario che questi pazienti siano assistiti e condotti in tempi brevi nel luogo adatto alla cura definitiva. Questo significa costruire delle reti *hub and spoke*, un modello noto a tutti voi, in cui gli *hub* sono i centri cosiddetti d'eccellenza in cui si riconoscono tutte le potenzialità di cura in quel momento possibili per una determinata patologia; gli *spoke* sono quei centri dove tali possibilità di cura non esistono e dove possibilmente il paziente non deve essere fermato e non deve essere trattato, se non per la stabilizzazione.

Per queste patologie, dunque, il sistema d'emergenza dev'essere in grado di portare il paziente direttamente alla sede in cui verrà gestito e trattato. Per quanto riguarda l'infarto miocardico acuto, sappiamo bene che la rete *hub and spoke* è ormai realizzata soprattutto in alcune Regioni come l'Emilia Romagna, la Toscana, il Piemonte e altre in cui si riesce a garantire alla quasi totalità dei pazienti, soprattutto nelle aree urbane, l'accesso all'angioplastica entro i 90 minuti.

Per quanto riguarda invece quei pazienti che non riescono ad arrivare a questo obiettivo, il sistema di emergenza e urgenza riesce a organizzarsi, essendo in grado di erogare la trombolisi sul territorio, come si sta già facendo in alcune aree: in Emilia Romagna è una prassi abbastanza comune, ma lo è anche in Lombardia e in Piemonte. È una pratica, però, non ancora abbastanza diffusa e che dovrà esserlo sempre più.

Per fare questo, ovviamente, nel sistema d'emergenza sul territorio è importante che vi siano professionisti capaci di erogare queste terapie e soprattutto di discernere quali sono i pazienti che debbono ricevere un certo trattamento da quelli che possono essere condotti direttamente al luogo di cura. Sappiamo che tutto questo può essere ottenuto con strumenti come la trasmissione dell'elettrocardiogramma per telconsulto, ma occorre ugualmente che sul territorio ci sia un professionista in grado di erogare la trombolisi.

Per quanto riguarda il trauma grave, il discorso della *golden hour* è imperativo: sappiamo che quasi la metà dei pazienti trova la morte nella prima ora dal trauma, e quindi nella fase pre-ospedaliera e nella fase di gestione in pronto soccorso. Occorre pertanto definire dei percorsi di cura molto efficienti. In questo settore, il discorso della centralizzazione è fondamentale, ma dobbiamo avere presente che ciò significa bypassare, con questi pazienti gravi e a volte instabili, degli ospedali dove un equi-

paggio di volontari o di infermieri deve fermarsi. Di qui l'importanza di avere ambulanze «medicalizzate» che possano operare questo tipo di centralizzazione che per il trauma è fondamentale. Sistemi organizzati in questo senso ci sono; verrà presentato come esempio il sistema dell'Emilia Romagna, che è un sistema integrato di assistenza al trauma, con tre aree organizzate in cui vengono definiti i vari livelli di assistenza. Si potrà poi parlare di cosa è un centro trauma in Italia rispetto agli Stati Uniti, dove le condizioni sono completamente diverse, e di come un sistema integrato *hub and spoke* (di tipo intermedio e non puro) sia fondamentale per la gestione del trauma nel nostro Paese.

Un altro percorso importantissimo su cui tutto il sistema si sta concentrando è quello di gestione dell'*ictus* ischemico acuto. Siamo sempre nell'ambito delle patologie che hanno nel fattore tempo un nemico fortissimo, perché da quando c'è la possibilità di agire con la trombolisi su queste patologie, in casi selezionatissimi, i pazienti possono passare da una disabilità certa anche ad un ritorno alla normalità.

Il trattamento fibrinolitico, però, va erogato entro tre ore. Sappiamo bene che in caso di *ictus* ischemico tre ore sono pochissime. A differenza dell'infarto miocardico, in cui il dolore toracico induce il paziente a recarsi in pronto soccorso o a chiamare il 118, dinanzi a un'emiplegia o un'ipostenia di una parte del corpo, a volte il paziente attende che regredisca e non chiama immediatamente il 118. Tre ore, come dicevo, sono davvero poche, e qui la rete può giocare un ruolo fondamentale: il paziente deve essere trasportato là dove può essere sottoposto a trombolisi e i pronto soccorso periferici devono essere utilizzati in senso diagnostico, senza che sia in alcun modo ritardato l'arrivo alla cura definitiva.

Vi ho portato alcuni dati relativi all'esperienza di Reggio Emilia che dirigo non per volontà di protagonismo, ma perché è stata una delle prime realtà ad adottare la rete *hub and spoke* nella gestione dell'*ictus* ischemico e può vantare alcuni risultati concreti nel trattamento di questa patologia. Infatti, la nostra neurologia ha iniziato a praticare la fibrinolisi nel 2000, quando era praticata solo negli Stati Uniti, grazie a un pronunciamento del comitato etico. Abbiamo quindi maturato un'esperienza in questo campo e nel 2003 abbiamo definito delle linee guida sulla gestione del paziente in cui sono inseriti tutti i passaggi che sono già stati legittimati dalla nostra società scientifica.

Ho portato oggi – e lascerò all'attenzione della Commissione – una serie di dati riguardanti le strutture di pronto soccorso e le criticità che si sono manifestate ultimamente, posto che negli ultimi dieci anni il numero degli accessi è aumentato del 50 per cento circa, fino ad arrivare a quasi 30 milioni. I pronto soccorso italiani stanno soffrendo moltissimo per il crescente numero degli accessi, per le difficoltà legate al mancato adeguamento del personale e per il fatto di non aver usufruito in passato di un percorso formativo specialistico nel settore.

Vorrei illustrarvi, almeno negli aspetti fondamentali, le linee guida di un progetto elaborato dalla nostra società scientifica sulla riorganizzazione dell'intera rete di emergenza su base territoriale, rinviando, per un'analisi

di dettaglio, al documento che ho posto alla vostra attenzione. Il sistema deve essere organizzato, soprattutto per alcune patologie, in reti *hub and spoke*, ma soprattutto in questa fase non si può rinunciare al medico sul territorio. Probabilmente sarà necessario rivedere molto dell'organizzazione della rete, soprattutto di fronte alla nuova figura infermieristica, ma – ripeto – non si può fare a meno del medico, se non si vuole rinunciare a percorsi virtuosi che hanno prodotto risultati concreti.

Le centrali operative 118, a nostro parere, devono essere strutturate su base provinciale o di area per mantenere un'adesione territoriale e possono, al limite, avere un coordinamento regionale. Segnalo che ultimamente ci sono stati molti incidenti, anche mortali, sui mezzi di soccorso perché non sono dotati di un'apposita certificazione di sicurezza, come avviene altrove in Europa. In Italia ancora non è stata adottata la normativa europea sulla sicurezza dei mezzi di soccorso e stiamo subendo delle pesanti perdite: è una problematica che deve essere affrontata.

Da ultimo, riteniamo che il sistema di emergenza e urgenza non possa in futuro subire ridimensionamenti, perché su di esso si stanno scaricando, con la precocità e l'anticipazione delle cure, moltissimi oneri – sempre più complessi ed importanti – che hanno bisogno di essere supportati.

PRESIDENTE. Do ora la parola al professor Bruno Cola.

COLA. Signor Presidente, la ringrazio per averci invitato a fornire il nostro contributo all'indagine conoscitiva in titolo. Cercherò di dare un taglio pragmatico – come la mia natura di chirurgo impone – al mio intervento e, nell'ambito dei tre settori che la professoressa Ferrari ha già enunciato, mi soffermerò sull'organizzazione del sistema dell'assistenza al trauma grave in Emilia Romagna, anche perché a livello nazionale non vi è alcuna omogeneità tra le varie Regioni. Il sistema attualmente in vigore in Emilia Romagna, il SIAT (sistema integrato di assistenza al trauma), potrebbe essere assunto a modello di riferimento ed essere esteso ad altre realtà territoriali. Naturalmente ci occupiamo dell'assistenza al trauma grave, quello seguito a un evento che ha le potenzialità di indurre la morte o una inabilità grave e permanente.

Come è stato già posto in evidenza, il problema è quello della centralizzazione del soccorso, che può essere primario e avere luogo direttamente in centri *hub* adeguatamente attrezzati per affrontare l'emergenza e che abbiano quindi la possibilità di farsi completamente carico della situazione, o, più spesso, secondario, con il trasferimento da un centro minore ad uno più importante. La maggiore criticità è che non sempre si riesce, sul luogo del trauma, a identificare completamente la tipologia di soccorso necessaria e c'è quindi bisogno di un passaggio diagnostico secondo le modalità che sono state precedentemente illustrate.

La rete del SIAT in Emilia Romagna è organizzata, come avete sentito, su una base di *hub and spoke*, e il criterio adottato è quello di convogliare i casi che richiedono maggiori risorse e cure più intensive nei

centri guida piuttosto che disperderli in centri – seppure più vicini al luogo dell'incidente o del trauma – meno attrezzati per la cura del paziente. Il territorio è stato suddiviso in tre aree SIAT che lavorano in maniera integrata: l'area dell'Emilia occidentale, che ha il suo *hub* nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, quella dell'Emilia orientale, che ha la sua sede centrale nell'Ospedale maggiore di Bologna (e non al Sant'Orsola), e l'area SIAT della Romagna che invece fa capo all'ospedale Bufalini di Cesena.

Questo sistema è stato introdotto nel 2002 con una delibera della Giunta regionale. Per darvi un'idea di come debba essere strutturato un *hub* specializzato nell'assistenza al trauma, vi faccio l'esempio dell'*hub* dell'area dell'Emilia occidentale che fa capo a Bologna: è un centro dotato di anestesia e rianimazione, chirurgia della colonna vertebrale, chirurgia d'urgenza, chirurgia maxillo-facciale, pediatria, plastica, toracica e neurochirurgia, nonché di tutte le facilitazioni diagnostiche possibili e, naturalmente, di una centrale operativa del 118. In particolare, un centro *hub* deve prevedere un «comitato» molto importante detto «*trauma service*» che riunisca al suo interno tutte le figure professionali che si occupano del settore e la cui attività principale sia consentire lo svolgimento di più incontri mensili per la definizione delle procedure e la discussione dei casi più gravi che si sono presentati: una sorta di aggiornamento professionale permanente.

Vorrei fornirvi alcuni dati affinché possiate rendervi conto delle dimensioni del sistema: per la sola Provincia di Bologna (e non per tutta l'area SIAT di Bologna) nel 2007 sono stati effettuati quasi 95.000 interventi, con un 30 per cento di codici rossi (quasi 29.000 interventi), tra i quali 1.100 (l'1,5 per cento del totale) tramite elisoccorso. Il meccanismo del 118 in questa rete funziona all'incirca come tutti gli altri meccanismi nazionali: è coordinato da un infermiere che riceve la chiamata e, attraverso una serie di *check list*, restando in contatto con i medici dei vari mezzi di soccorso, etichetta il tipo di emergenze e determina il soccorso necessario.

L'aspetto interessante (che però riguarda solo l'area di Bologna, e non tutta l'Emilia Romagna) è la duplice modalità con cui l'operatore del 118 può trasmettere le informazioni ai mezzi di soccorso: non solo via radio, ma anche automaticamente e in combinata su un PC, in modo da ridurre al minimo gli errori umani. Naturalmente, a seconda del codice determinato, cresce la potenza operativa del mezzo di soccorso inviato.

Il sistema nel suo complesso comprende anche un elicottero per area SIAT, oltre ad un elicottero speciale per le zone montane che agisce insieme al soccorso alpino.

Un'altra iniziativa molto importante, oltre a questa organizzazione che ho delineato nei suoi tratti generali, è stata l'istituzione nel 2006 del Registro regionale dei traumi gravi. Si tratta di uno strumento di estremo interesse perché ci fornisce notizie molto utili sull'attività che è stata svolta e consente il confronto delle esperienze. I registri di questo

tipo non sono molti nel mondo: in Italia era stato tentato un registro intraospedaliero fra Bologna, Udine e il San Camillo di Roma che si è andato progressivamente perdendo; vi sono importanti registri dei traumi a livello europeo in Olanda, in Germania, in Galles; a livello mondiale, registri di questo tipo ci sono negli USA, in Canada e in Australia, ma non si tratta di registri nazionali, bensì di Stato (nel senso che c'è il registro dell'Alaska, dell'Ohio e così via).

Dal Registro dell'Emilia Romagna trarrò una serie di dati per dare un'idea delle dimensioni e di aspetti, in alcuni casi anche curiosi, del problema. Soltanto nel 2007, gli interventi per traumi gravi sono stati 1.021, curiosamente nel 75 per cento dei casi riguardanti individui di sesso maschile, che sono molto più spesso coinvolti in eventi traumatici rispetto a quelli di sesso femminile; la fascia d'età in cui si rileva la maggiore incidenza di casi è quella fra i 20 e i 40 anni. I traumi sono nel 94 per cento dei casi accidentali, nel 2 per cento dovuti a violenze interpersonali, nel 3 per cento ad autolesione. Il 70 per cento dei casi è legato al traffico, il 20 per cento alle cadute dall'alto, quasi il 7 per cento dei casi è legato a cause violente e di tale elemento occorre tenere conto. Tra gli incidenti stradali, che sono la fonte maggiore di questi traumi, auto e moto sono le due condizioni predisponenti (rispettivamente per il 38 e il 35 per cento). Si rileva anche un 12,5 per cento di infortuni sul lavoro che provocano traumi gravi, un dato che non va dimenticato.

Quanto al tipo di mezzi di soccorso che si sono dovuti occupare di questi traumi, l'auto medica (l'ambulanza con medico a bordo) è stata necessaria nel 58 per cento dei casi, l'elicottero nel 25 per cento dei casi; l'ambulanza con infermiere nell'11 per cento, l'ambulanza con semplice volontario nel 3 per cento dei casi. La scelta dell'equipaggio adatto da inviare riduce notevolmente (ed è dunque *a contrariis* dimostrata) la necessità di ricorrere a un teleconsulto, che è possibile in circostanze di questo genere, ma che è stato necessario solo nel 12 per cento dei casi. Quanto all'efficacia in termini di tempo di questi interventi, con una media di 49 minuti, fra gli estremi di uno e 230 minuti, non si riscontrano, ripartendo il dato fra i vari mezzi di soccorso, grandi differenze tra i vari tipi di mezzo di soccorso usato. I dati migliori, naturalmente, sono quelli relativi all'elicottero, che guadagna sui tempi di arrivo. La chiamata dell'elicottero non è direttamente proporzionale alla distanza del paziente traumatizzato dal centro ma alla presunta gravità della situazione.

Dei 1.000 malati che sono stati trasportati in ospedale, il due per cento è deceduto direttamente all'arrivo in pronto soccorso, l'89 per cento viene direttamente ricoverato nell'ospedale, il che vuol dire che c'è stata una identificazione corretta del centro di collocamento del traumatizzato, e solo l'8 per cento è stato trasferito.

Per quanto riguarda i reparti nei quali i pazienti sono stati trasferiti una volta giunti in pronto soccorso, la terapia intensiva è in testa con l'88 per cento, seguita dalla neurochirurgia, dall'ortopedia, dalla chirurgia generale. La ragione principale del trasferimento da ospedali non *hub* verso centri *hub* è l'alta specialità, nell'85 per cento dei casi quando è ne-

cessaria la neurochirurgia. Questi pazienti, nel quasi 60 per cento dei casi, passati sette giorni dal loro ingresso, finiscono per subire un intervento chirurgico di varia natura; il 25 per cento di essi è sottoposto a tracheotomia.

La vicenda di questi pazienti si conclude nel 10 per cento dei casi con il decesso; tutti gli altri hanno dimissioni che sono sempre non ordinarie, perché le dimissioni ordinarie a domicilio, cioè l'*iter* concluso con il paziente guarito, riguardano solo il 5 per cento dei casi, altrimenti c'è bisogno di dimissioni in strutture protette, di trasferimenti in istituti per acuti e vari altri regimi di ricovero, compreso (vedremo come questo sia un punto di criticità) il trasferimento negli istituti di riabilitazione, soprattutto per le lesioni della colonna e dell'encefalo.

Quel 10 per cento di pazienti che vengono persi è dovuto, nella stragrande maggioranza dei casi (quasi per il 60 per cento), a ragioni di carattere cerebrale, nel 30 per cento di casi a ragioni di natura emorragica, per il 10 per cento dei casi a situazioni che noi definiamo MOF (*Multi-Organ Failure*), cioè un cedimento multiorganico a causa della sepsi.

Questo è il quadro generale che si può desumere dall'attività del sistema integrato nella Regione Emilia Romagna; pensiamo che esso possa costituire, nel variegato panorama del nostro Paese, un elemento sul quale ragionare per uniformare i modelli. Sappiamo che di recente nel Lazio sono state create delle connessioni tra vari ospedali per avviare un progetto di questo genere; sappiamo anche che un sistema di questo tipo è allo studio in Lombardia e in Toscana. Naturalmente non pensiamo che tale sistema rappresenti la perfezione: vi sono certamente delle criticità, fra le quali due importanti sono emerse da un ragionamento svolto insieme al collega Giovanni Gordini, responsabile della centrale operativa del 118 e direttore dell'anestesia e rianimazione dell'Ospedale Maggiore, quindi proprio dell'*hub* traumatologico di Bologna. La prima è la carenza di posti letto di osservazione o terapia semi-intensiva: c'è una gran massa di pazienti che non è corretto collocare in reparti di degenza comune, ma che non sono così gravi da dover essere collocati in rianimazione con la carenza di posti che c'è in quel settore, e quindi necessiterebbero di spazi intermedi di osservazione e di terapia semi-intensiva. La seconda carenza, storica per il nostro Paese, è quella relativa alle difficoltà a collocare i traumatizzati alla colonna o al capo in centri di riabilitazione, perché sappiamo che l'immediatezza dell'attivazione di quelle cure è una parte fondamentale del successo.

Infine, mi sentirei di raccomandare alla Commissione di prendere in esame la necessità di estendere la costruzione di un Registro regionale dei traumi a tutto il Paese perché, come avete potuto capire dai pochi dati che vi ho riportato, è l'unico mezzo di cui disponiamo per renderci conto dell'efficacia del sistema.

BIANCHI (PD). Signor Presidente, ringrazio la professoressa Ferrari e il professor Cola per le loro relazioni.

Nelle audizioni precedenti sono emerse principalmente due grandi problematiche, la prima delle quali è la mancanza di formazione. È stata anche da voi sottolineata l'esigenza che la formazione del personale che interviene al momento dell'urgenza sia specialistica, anche perché la disomogeneità in termini di equipaggio può sortire risultati qualitativamente differenti.

La seconda problematica, emersa anche nelle precedenti audizioni, è relativa ai controlli. Le chiedo a tal proposito se sia possibile coinvolgere nel soccorso da telemedicina anche operatori civili esterni alla rete ospedaliera di emergenza e come si possano affrontare i relativi problemi di formazione professionale. Avete avuto esperienza in tal senso o intravedete questa possibilità in futuro?

DE LILLO (*PdL*). È attualmente all'esame della nostra Commissione il disegno di legge n. 718 – su cui sono relatore – sulla diffusione e l'incentivazione dell'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e automatici e sulla formazione di operatori su tutto il territorio. Stiamo soprattutto cercando di sviluppare una rete che riguardi personale non sanitario, appartenente alle forze dell'ordine, alla Croce Rossa, ai Vigili del fuoco e alle polizie locali o municipali, che possa intervenire in caso di arresto cardiaco in tempi estremamente rapidi. Vorrei conoscere il parere degli esperti in merito a questa possibilità.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, ho trovato molto interessante la proposta di estensione del Registro dei traumi a livello nazionale, anche finalizzata alla ricognizione dell'efficacia del sistema.

Vi chiedo quali siano le eventuali cause ostative all'estensione del Registro a livello nazionale. Vi è un problema di disomogeneità dei dati che vengono raccolti nei vari presidi di emergenza e urgenza, vi è carenza di personale o vi è piuttosto, a vostro avviso, una scarsa volontà a livello nazionale di pervenire a una definizione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi di soccorso?

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, dopo aver ringraziato gli esperti per il contributo fornito nell'ambito dell'indagine conoscitiva in titolo, desidero avanzare alcuni quesiti.

Vorrei sapere anzitutto se ravvisate l'esigenza di una rete diagnostica dedicata all'emergenza, soprattutto nei centri *hub*, obbligatoriamente distinta da quella che è la patologia di *routine*, al fine di non creare disagi alla popolazione che rischia di attendere molto tempo per una banale contusione, ma anche e soprattutto per creare percorsi privilegiati certi. I tempi certi dovrebbero essere definiti normativamente – spero che condiviate questo aspetto – all'interno dell'organizzazione ospedaliera. Sarebbe oltremodo opportuno, a mio avviso, che un ospedale accreditato per entrare in una rete *hub and spoke* fosse dotato di servizi di diagnostica assolutamente dedicati all'emergenza 24 ore su 24. Ci è stato fatto notare alcuni giorni fa che in un ospedale di questo tipo la patologia routinaria

non supera il 30-40 per cento del totale dei casi, laddove quella emergenziale costituisce circa il 60 per cento. Anche i chirurghi e i medici dedicati ai servizi di emergenza dovrebbero avere una formazione differente.

Ritengo che su una materia come questa, prevalentemente demandata alle Regioni, dovremmo ragionare su criteri da imporre a livello nazionale e prevedere normativamente alcuni elementi organizzativi di base. Probabilmente, in un centro *hub*, sarebbe auspicabile istituire – con la condivisione del mondo scientifico – percorsi diagnostici dedicati che renderebbero indubbiamente più efficace e rapida la diagnosi nell'ambito dei servizi di emergenza. Mi riferisco, tra gli altri, al paziente colpito da *ictus* che arriva al presidio in ritardo: nel momento in cui viene assistito deve essergli riservato un percorso privilegiato.

Vorrei inoltre conoscere la vostra opinione in merito alle possibili connessioni tra i presidi di emergenza e urgenza e altre reti sociali di intervento, come la Protezione civile, i vigili del fuoco e i carabinieri, che dovrebbero rientrare nell'alveo delle disponibilità di un centro di emergenza come pronto soccorso. Sarebbe a mio avviso opportuno organizzare l'intervento di più soggetti in un sistema integrato di risposta sanitaria.

L'ultima problematica che vorrei porre in evidenza forse non rientra nell'esperienza diretta del vostro centro di lavoro, ma riguarda la società scientifica, che in quanto tale ascolta le esigenze dei colleghi. Un tempo era opinione comune, non solo dei cittadini, ma spesso anche dei medici, che al pronto soccorso lavorassero colleghi giovani e alla prima esperienza. Erano medici preparati, per carità, ma di solito si pensava che il pronto soccorso fosse il punto di partenza, in cui, come si dice, ci si faceva le ossa, ma – aggiungo io – era poi il paziente che rischiava di rimanere con le ossa spezzate.

Vi chiedo se oggi, in base alla vostra esperienza, la scelta di operare in un pronto soccorso sia una scelta primaria, finalizzata al centro di emergenza, o se sia ancora prevalentemente una scelta di ripiego. È evidente che, rispetto a una risposta efficace e efficiente, una scelta di ripiego non è mai equivalente a una scelta primaria. Quali sono a vostro avviso le possibili soluzioni?

RIZZI (*LNP*). Ringrazio anch'io i nostri ospiti e chiedo loro un chiarimento sulla tipologia di specialità richieste nelle strutture sanitarie che fronteggiano le emergenze e ai medici che fanno capo alla vostra associazione.

Vorrei inoltre conoscere il vostro parere sull'opportunità – al momento oggetto di attenzione – di istituire una specializzazione universitaria di emergenza e urgenza.

PRESIDENTE. Vorrei anch'io formulare alcuni brevi quesiti ai nostri gentili ospiti.

Innanzitutto il criterio di trasporto degli infermi da parte delle ambulanze del 118 dovrebbe sempre privilegiare il criterio dell'adeguatezza delle strutture di emergenza rispetto alle patologie rilevate, piuttosto che

quello della vicinanza. L'altro aspetto che desidero evidenziare è l'importanza, in questo ambito, del volontariato, ad esempio dei volontari della Protezione civile o delle varie confraternite.

Vi chiedo poi di esprimere una valutazione sull'Azienda regionale per l'assistenza sanitaria istituita dalla Regione Lazio (ARES).

Vorrei infine avere alcune informazioni sull'utilizzo dell'elisoccorso da parte delle Regioni, in particolare desidero sapere se talvolta sia utilizzato anche in casi di urgenza non assoluta o se invece vi si ricorra solo quando il codice è rosso.

FERRARI. Per il settore dell'emergenza e urgenza la formazione è indispensabile. Si diceva poco fa che, salvo problemi dell'ultimo momento, a partire dal prossimo anno accademico sarà attivata la scuola di specializzazione universitaria della medicina di emergenza-urgenza. La formazione finora, nel nostro settore, è stata erogata, nelle stesse strutture, dalle società scientifiche, da specialisti di altri settori, in particolare internisti che spesso hanno creato, nell'ambito della specializzazione di medicina interna, anche l'indirizzo di medicina d'urgenza. Negli anni passati, l'emergenza territoriale ha visto l'immissione di colleghi appartenenti alla medicina convenzionata esterna, alla guardia medica, che poi hanno fatto un percorso di formazione e inserimento nell'emergenza e urgenza. Non è mai esistita finora una scuola specialistica di settore; se diventerà effettiva, ciò avverrà anche grazie all'impegno dei medici che hanno lavorato a questo progetto negli anni e ritengono fondamentale la scuola di specializzazione per un settore così delicato e importante.

Questo non significa che il settore adesso sia gestito da medici non formati: la nostra società scientifica ha dei *provider* di formazione ed eroga formazione a tutti i livelli, con circa 12 corsi che spaziano in tutto il settore dell'emergenza e urgenza. Attualmente, il medico dell'emergenza, sia sul territorio, sia nell'ambito del pronto soccorso, è formato sul campo, grazie a questi corsi; abbiamo costituito nel tempo una specializzazione ospedaliera e andiamo verso il riconoscimento di quella universitaria.

La formazione, dicevo, è fondamentale; può essere erogata ovviamente dalle società scientifiche che sono sempre, non voglio dire le migliori per erogare formazione, ma certamente quelle che conoscono in modo più puntuale le esigenze del settore, tant'è che anche chi eroga formazione dall'esterno si avvale di istruttori e formatori che provengono dal settore, e quindi spesso da un percorso formativo delle società scientifiche. Un esempio di formazione fatta dall'emergenza-urgenza, cui ovviamente non si può che essere favorevoli, è la diffusione del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) sul territorio ai soccorritori laici e ai *bystander*, coloro che assistono all'evento (il laico più laico che esista), fra cui vi sono non solo i rappresentanti delle forze dell'ordine, ma anche, ad esempio, l'edicolante che dispone di un defibrillatore, e in questo la città di Piacenza ha dato il buon esempio, con uno dei primi progetti di defibrillazione.

Si è parlato di rete cardiovascolare, ma se il paziente non sopravvive alla fibrillazione ventricolare, che spesso interviene nell'infarto miocardico, non arriva all'angioplastica. Contiamo in Emilia molti pazienti che vengono defibrillati sul territorio da quelli che noi definiamo laici, per poi essere assistiti dal personale specializzato e condotti in una struttura in cui sarà effettuata l'angioplastica: questo *iter* consente loro di sopravvivere all'evento infartuale. La diffusione dei defibrillatori sul territorio è ormai una realtà in via di consolidamento e si è rivelata una vera benedizione.

In Emilia Romagna, dove opero, da anni inseriamo dati nel Registro traumi e stiamo beneficiando degli effetti positivi che ne derivano: tenere un registro significa capire quello che si fa e come lo si fa, soprattutto come lo si dovrebbe fare, dove si sbaglia, cosa succede quando si sbaglia e quando l'organizzazione non è efficace o efficiente. Il meccanismo del Registro traumi non decolla perché è costoso in termini di *software* e di inserimento dati, che deve essere costante e preciso, tenendo conto che i dati contenuti nel Registro sono importanti, ma il settore, da questo punto di vista, è decisamente in sofferenza. Non vi è cattiva volontà da parte degli operatori, che, anzi, capiscono bene l'esigenza di tenere un Registro traumi, ma vi sono spesso problemi di tempo e di organizzazione.

La gestione del trauma in rete, come avviene in un sistema integrato di assistenza, è una gestione organizzata: ci sono ospedali che gestiscono il trauma a certi livelli, altri che lo gestiscono ad altri livelli, e ciascun soggetto sa quali dati deve inserire. Quando invece non vi è questa organizzazione, non vi è sistema e nessuno sa quali dati inserire. Sarebbe importantissimo avere, oltre al Registro traumi, anche quello dell'*ictus*, mentre è in fase di realizzazione il registro relativo alle malattie cardiovascolari.

La diagnostica dedicata del pronto soccorso (ovviamente di quelli di un certo livello) è fondamentale; l'utilizzo delle risorse deve essere mirato e razionale, ma nel caso dei centri *hub* è indispensabile che ci sia una diagnostica dedicata: c'è la radiologia tradizionale, c'è il laboratorio, c'è la TAC, si parla ora di risonanza magnetica. Bisognerà quindi decidere il livello della diagnostica a seconda di quello dell'*hub*, ma ormai si è fatta strada l'idea di avere una gestione del paziente in emergenza un po' più isolata dal resto dell'ospedale in modo da essere più efficienti, e soprattutto per non intralciare e per non essere intralciati da tutti gli altri percorsi. La connessione con le reti sociali di intervento (Vigili del fuoco e carabinieri) è fondamentale, ed è una delle ragioni per cui la nostra società scientifica sta difendendo l'ambito provinciale o di area delle centrali operative 118, perché l'aderenza al territorio della centrale, con tutto quello che comporta, è un elemento fondamentale. La centrale ha quotidiani rapporti con i Vigili del fuoco, con la prefettura, con i Carabinieri e con tutte le forze dell'ordine. Tra l'altro, i Vigili del fuoco partecipano ad esempio alla rete delle ambulanze di base e ai progetti di defibrillazione precoce.

Il Presidente mi ha chiesto di esprimere una valutazione sull'ARES del Lazio, ma le stesse considerazioni potrebbero essere estese anche alle centrali operative della Lombardia e del Molise: a nostro parere, le dimensioni della centrale devono essere più limitate ed essa deve operare in stretto coordinamento con le forze dell'ordine locali e con tutte quelle istituzioni che sono in rapporto con la centrale stessa. Nulla vieta che vi sia un coordinamento regionale.

PRESIDENTE. Poi vi sono le centrali operative provinciali.

FERRARI. Queste però non devono essere isolate. Il criterio fondamentale è che il sistema dell'emergenza sia integrato. Le centrali di emergenza territoriale devono essere integrate con i servizi di emergenza intraospedaliera, anche per consentire scambi di operatori, di professionisti e di cultura scientifica.

Il nostro timore, infatti, è che queste aziende regionali possano generare un po' di isolamento nell'emergenza territoriale.

Per quanto riguarda la presenza di colleghi giovani nei pronto soccorso, devo rilevare che è cambiato tutto il sistema di soccorso. Vi sono ancora colleghi che operano per un certo periodo di tempo in pronto soccorso e poi se ne vanno, ma questo avviene in genere perché c'è una crisi e quindi un ridimensionamento delle specializzazioni con conseguente carenza di specialisti. Quindi, talvolta si tratta solo di un passaggio, ma la maggior parte dei colleghi rimane in pronto soccorso e segue intensi programmi formativi. Il sistema – ripeto – è cambiato completamente rispetto al passato.

Pensate che ricoveravamo in passato più del 22 per cento dei pazienti che visitavamo, mentre ora la percentuale a livello nazionale è scesa al 17 per cento, e in tante Regioni al 14 per cento, perché il pronto soccorso, diventato ormai un luogo di diagnosi e cura, l'osservazione intensiva e la medicina d'urgenza fanno da filtro. Naturalmente vi sono ancora piccoli pronto soccorso che non hanno adeguate capacità diagnostiche, ma non è così in tutto il territorio nazionale.

Per meglio definire la funzione della nostra associazione, il fatto che non vi sia alcuna specialità specifica al suo interno fa sì che vi siano medici di urgenza provenienti da diverse specializzazioni, dalla medicina interna all'anestesia. Gli anestesisti però sono pochi per problemi di conflittualità legati alla scuola di specializzazione. Le specialità di provenienza dei medici – ripeto – sono molte e vi sono anche ex convenzionati, ma ormai siamo tutti medici d'urgenza.

Passando all'utilizzo dell'elisoccorso, ritengo che esso sia fondamentale, ma a volte è utilizzato impropriamente.

PRESIDENTE. Esattamente.

FERRARI. In alcune regioni vi sono troppi elicotteri. Inoltre bisognerà provvedere ad adeguare tutte le piazzole: se gli elicotteri ci sono, devono essere messi in condizione di lavorare.

PRESIDENTE. Certamente.

FERRARI. Signor Presidente, lei ha sollevato anche il tema dei criteri da adottare nella scelta dell'ospedale al quale affidare il paziente. Purtroppo, il principio cui obbligatoriamente deve conformarsi il volontariato è ancora quello dell'ospedale più vicino, ma anche il personale infermieristico deve fare lo stesso, nel rispetto delle regole attualmente vigenti. Se togliamo il medico dal territorio (prescindendo dal fatto che in alcuni territori ve ne sono troppi, perché si è organizzato più per assistenzialismo che per progettualità), siamo al contempo costretti ad abbandonare tutti i percorsi virtuosi sulle patologie complesse che ora siamo in grado di portare avanti.

COLA. Signor Presidente, sostanzialmente condivido tutte le osservazioni espresse dalla dottoressa Ferrari perché forniscono il quadro della situazione attuale e le risposte corrette agli importanti quesiti che sono stati sollevati.

Mi limiterò ad alcune brevi considerazioni, non per fare l'avvocato del diavolo, ma perché non dobbiamo dimenticare che ogni medaglia ha il suo rovescio: la diffusione dei defibrillatori è una conquista importantissima, ma non possiamo ignorare che l'uso di questi strumenti è subordinato a una certa cognizione dello stato del paziente. Occorre allora, per tornare a un esempio precedente, che l'edicolante di turno sia stato almeno vagamente aggiornato e «catechizzato» su quando e come deve essere adoperato un defibrillatore. Questi sono tutti aspetti che vanno tenuti presenti.

Un altro tema di fondo che è stato sollevato in più di una domanda di chiarimento è quello della formazione. La creazione di una scuola di specializzazione dedicata è un passo indispensabile da compiere e, a mio avviso, può non essere sufficiente il semplice indirizzo al secondo biennio della scuola di medicina interna.

Come accennato dalla professoressa Ferrari, è cambiato il sistema del collocamento del personale medico nei pronto soccorso. Come accadeva un tempo nelle partite di calcio di periferia, che andava in difesa chi non sapeva giocare a pallone, allo stesso modo era mandato al pronto soccorso chi era considerato incapace e non aveva voglia di lavorare. Sono stato testimone di questa prassi nella mia gioventù e ho visto quarant'anni fa – al pari di chiunque abbia la mia età – medici che agivano così.

Oggi questo non avviene più. Ci sono giovani che desiderano svolgere questo tipo di attività e che vogliono prepararsi per questo obiettivo. Scelgono di lavorare al pronto soccorso mossi direi quasi da una vocazione e li vogliono rimanere, per quanto sia un lavoro, come facilmente potete comprendere, usurante. Effettivamente è un lavoro estremamente

impegnativo ma è cambiato molto nel corso degli anni l'aspetto del reclutamento e bisogna quindi che siano anche le società scientifiche di settore ad occuparsi della formazione.

Questo rimanda a un altro tema di grande rilevanza che mi riguarda come *past president* della Società Italiana di Colonproctologia e come membro della Società Italiana di Chirurgia: il rapporto tra lo Stato e le società scientifiche in Italia deve cambiare ma perché questo possa accadere indubbiamente devono cambiare anche le società. Non devono più essere feudi di segreterie e presidenze, ma assumere altre valenze. Non dimentichiamo, ad esempio, che il corso più accreditato al mondo per la formazione sui traumi, il famoso ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) è il prodotto, la filiazione dell'*American College of Surgeons*, cioè di un'associazione scientifica statunitense, non di una università. Questa strada è percorribile.

La senatrice Bassoli ha toccato il tema a mio avviso fondamentale dei vantaggi e delle eventuali problematiche connesse al Registro nazionale dei traumi. Condivido le valutazioni espresse al riguardo dalla professoressa Ferrari: manca in molte Regioni un'organizzazione strutturale di base e non si può pensare che le singole organizzazioni possano al momento industriarsi per fornire dati.

Anche se sembra la solita preghiera, ciò che serve è personale dedicato. Più alti sono i livelli di produzione, maggiori sono le necessità. Nel Registro traumi dell'Emilia Romagna, che è aggiornato ai primi mesi del 2008, e per il quale è impiegato personale dedicato, si è evidenziata una criticità: mancano le notizie sulla fine del percorso terapeutico dei pazienti traumatizzati che sono trasferiti nei reparti di degenza comune, perché finora sono solo i reparti di rianimazione e di terapia intensiva a inviare dati al Registro. Se il malato finisce in ortopedia o in chirurgia, questi reparti non inviano informazioni sulla conclusione delle cure. I dati che vi ho fornito sugli interventi chirurgici cui vengono sottoposti i pazienti (ad esempio, il fatto che il 60 per cento viene operato in sette giorni) sono stati raccolti con grande fatica da chi sta lavorando al Registro, ma non arrivano *de plano*.

Dunque è fondamentale che si crei prima un'organizzazione strutturale di base; solo successivamente si potrà istituire un Registro dei traumi a livello nazionale.

Spero di avervi fornito anche solo un minuscolo segnale di cosa si impara da un registro: se il sistema funziona, se si sa fare quello che si intende mettere in atto, in che modo migliorare. È uno strumento fondamentale.

BASSOLI (PD). Professor Cola, visto che ci stiamo avviando anche a un sistema di rilevazione dei costi *pro capite*, mi sembra utile in generale valutare la composizione di questi costi. Sarebbe utile che ogni settore fosse direttamente coinvolto, perché in termini di costi è un sistema oneroso.

COLA. Non v'è dubbio che lo sia.

Non vorrei dilungarmi, vista anche la mia identità di vedute con la dottoressa Ferrari sul tema dell'elisoccorso e sulla necessità, per quanto riguarda l'ARES, di un coordinamento a livello territoriale, ma è importante che la centrale operativa del Lazio non diventi una sorta di *politburo* unico, altrimenti le connessioni territoriali finiscono per sterilizzarsi. Condivido perfettamente questa idea, anche se i primi rendiconti che leggiamo sembrano tutto sommato interessanti.

Ospedale vicino o ospedale attrezzato: questo è davvero il cuore della questione che stiamo affrontando. Noi sappiamo che quanto minore è il numero di specialisti con cui si interviene sul luogo dell'evento, tanto più necessaria è la struttura ospedaliera. Del resto, nei grandi traumi, anche con un medico presente sul luogo, la definizione diagnostica comunque deve essere fatta in ospedale. La telemedicina, in casi di questo genere, aiuta molto meno, perché non si tratta solo di far leggere un elettrocardiogramma, ma vi sono indagini di prima necessità che non possono essere eseguite se non nella struttura ospedaliera: ad esempio, comporta la necessità di studiare il paziente con una TAC o con un'angiografia.

Per il resto, concordo pienamente con le risposte già fornite dalla professoressa Ferrari, perché su nessuno dei punti che la collega ha trattato, salvo forse qualche dettaglio, ho una divergenza d'opinione.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Ferrari e il professor Cola per le loro utilissime relazioni. I documenti che vorranno cortesemente depositare presso la Commissione 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 15,05.

