

L'indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza

Pronto soccorso: attese lunghe anche 7 ore. Il Nord più veloce ed efficiente

a cura di Lucia Conti e Ester Maragò

Pronto soccorso italiani sono in affanno. Negli ultimi dieci anni il numero degli accessi è cresciuto del 50 per cento fino ad arrivare a quasi 30 milioni di richieste. Con un eccedenza di codici bianchi e codici verdi che finisco per mandare in tilt il sistema. Tanto che, anche per i casi più gravi i tempi di attesa si protraggono in modo "inammissibile". Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia.

Una situazione critica determinata anche dal mancato adeguamento del personale e dall'assenza negli anni di un percorso formativo specialistico ad hoc.

È questo il quadro tracciato dall'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sul "Trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza" presentata a Palazzo Madama alla presenza del ministro della salute Ferruccio Fazio. Uno studio che mette sul banco degli imputati la mancanza di un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema.

I dati dell'indagine si basano su questionari inviati alle strutture coinvolte nella gestione delle emergenze-urgenze a cui hanno aderito l'84 per cento delle strutture del Nord, l'81 per cento del Centro e il 54 per cento delle strutture del Sud.

Dall'indagine sono emerse in particolare forti criticità nel soccorso di emergenza al paziente con evento cardiopatico acuto, la cui tempestività è essenziale per ridurre il rischio di attacco cardiaco/infarto miocardico acuto. "Solo il dieci per cento dei pazienti con evento cardiaco raggiunge l'Utic entro le prime due ore - ha detto il relatore Raffaele Calabrò - e un altro 30 per cento tra le due e le sei ore dall'inizio dell'evento acuto e il restante 60 per cento oltre le sei ore".

Ma i senatori puntano il dito anche sulla carente preparazio-

Il sistema dell'emergenza urgenza è in ginocchio. Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia. Il personale scarseggia e la formazione è inadeguata. Manca un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema. A scattare la fotografia è un'indagine conoscitiva del Senato condotta sull'intero territorio nazionale



ne del personale. "Occorre sviluppare un progetto di formazione specifica e univoca in medicina di emergenza-urgenza",

ha affermato il senatore Michele Saccomanno. Mentre Ulisse Di Giacomo ha sottolineato la necessità di potenziare i servizi

territoriali, sia come filtro al pronto soccorso che per garantire la continuità assistenziale per la dimissione dei pazienti dagli ospedali.

E che serva una riforma del sistema di emergenza-urgenza ne è convinto anche il ministro Fazio, che ha incontrato tutte le sigle sindacali dell'area medica ospedaliera e del territoriale proprio per "esaminare la possibilità di riformare il sistema attraverso la costruzione di una cabina di regia tra ospedale e territorio e ridefinire le procedure di triage del servizio di 118 affinché solo i codici

gialli e rossi siano portati in ospedale, mentre i codici verdi dovranno essere assistiti sul territorio".

"I risultati ottimali non potranno essere immediati" ha rilevato il ministro nel corso della presentazione dell'indagine ma "se già se riuscissimo a mettere sul territorio l'80%" dei codici meno gravi "sarebbe un buon risultato". "Noi - ha continuato il Ministro - vogliamo aggiungere ai tre macrolivelli della sanità già esistenti, prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera, un quarto

► Segue a pagina 6

L'indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza

Cinque aree sotto la lente

■ Vediamo, in sintesi, le rilevazioni della Commissione su cinque aree: emergenza cardiovascolare, emergenza traumatologica, emergenza cerebrovascolare, personale e formazione in medicina di urgenza e su altri aspetti particolari come l'attivazione di un numero unico per l'emergenza, la trasmissione di informazione, l'elisoccorso, il trasporto neonatale

1. Emergenza cardiovascolare

L'ottimizzazione dell'assistenza al cardiopatico acuto in Italia deve prevedere una riorganizzazione volta ad attenuare l'attuale disomogeneità organizzativa sul territorio nazionale. In tal senso, la Rete integrata cardiovascolare presuppone la realizzazione di un modello operativo basato sulla centralità delle cardiologie

con Utic ed emodinamica, collegate con gli ospedali periferici che non hanno questa dotazione, secondo l'articolazione Hub and Spoke. Nel contesto della Rete integrata vanno in particolare definiti i percorsi dei pazienti complessi (angina instabile, infarto miocardico complicato) per potere mettere a disposizione le procedure diagnostiche e terapeutiche inva-

sive in maniera uniforme per tutti i pazienti della provincia. A tal fine, l'istituzione del centralino operativo cardiologico appare uno strumento essenziale per coordinare al meglio il percorso terapeutico del paziente con infarto miocardico acuto.

2. Emergenza traumatologica

• Dall'indagine scaturisce la

proposta di avviare una sperimentazione triennale sui Trauma center, regionali o sovraregionali, in accordo tra Stato e Regioni, monitorandone gli outcome per tre anni.

• Per l'organizzazione del personale, risulta vincente l'approccio multidisciplinare offerto dal trauma team.

• Nell'ambito della fase pre-ospedaliera, si reputa necessario disporre di ambulanze medicalizzate al fine di assicurare sul luogo del trauma la diagnosi e le prime cure,

► Segue a pagina 6



► Segue da pagina 5

livello, quello dell'emergenza-urgenza" da gestire sia attraverso il 118 e i Pronto Soccorso, che attraverso un sistema di soccorso affidato alla medicina generale. E il programma sarà finanziato con una quota dei 350 milioni di euro, pari al 25 per cento del fondo destinato agli obiettivi di Piano: "Dovremo farlo rapidamente perché gli obiettivi sono stati già approvati in Conferenza Stato-Regioni, salvo ulteriori intese sulle cure primarie. Successivamente inizierà il processo vero e proprio di riforma, che in realtà ha già

preso avvio due anni fa con lo stanziamento di 350 milioni annui per l'h24".

I risultati dell'indagine

Nei Pronto Soccorso ad alta specialità (Eas) i tempi di attesa possono arrivare anche a 450 minuti, come nel caso dell'Abruzzo. Tempi che la Commissione di palazzo Madama ha definito "Inammissibili". Così come "obiettivamente troppi" sono anche i 241 minuti di attesa media nei Dipartimenti di emergenza sanitaria (Dea) sempre in Abruzzo. Attese lunghissime che fanno apparire soddisfacenti persi-

no i 100 minuti di attesa media nelle Regioni del Nord. O almeno "ammissibili". In generale, Eas del Nord e del Sud sembrano, infatti, essere più efficienti rispetto a quelli del Centro, con un'attesa media dimezzata.

Le ambulanze stazionano troppo in ospedale, sottraendo in questo modo risorse al territorio. Un tempo di stazionamento accettabile per le ambulanze che trasportano pazienti in codice verde è di 30 minuti. Per i Dea in Liguria la media è di 46 minuti; in Sardegna di 60 minuti. Improporzionabili invece i picchi che si registrano per alcuni Eas,

quali 127 minuti per il Lazio e 152 minuti per la Puglia, in cui i pazienti sostano quasi 3 ore sulla barella dell'ambulanza". Dati che, secondo la Commissione, sollevano anche il dubbio che la "medicina di base non sia in grado di svolgere un fattivo ruolo di filtro" con l'ospedale.

Per quanto riguarda il trasporto, la Commissione rileva come siano presenti "varie tipologie di mezzo di soccorso e svariate composizioni di equipaggi (rianimatore, medico di guardia medica, infermiere professionale, volontario del soccorso) passando attraverso diversificate for-

me di soccorritori più o meno professionali. Tutte queste figure sono variamente intersecate tra salariate e volontarie, andando ulteriormente a diversificare le situazioni, con modalità estremamente difformi non solamente tra le varie Regioni, ma spesso anche all'interno della stessa Regione".

Questo, secondo i senatori, "produce ripercussioni negative sull'offerta assistenziale al paziente (ritardi, lesioni iatrogene, gravi errori e ritardi diagnostico-terapeutici) a causa dell'inappropriatezza della formazione medica".

► Segue da pagina 5

Cinque aree sotto la lente

nonché garantire la continuità dell'assistenza con l'intervento del trauma team a livello ospedaliero, nella prospettiva di ridurre i tempi del trasporto del ferito.

• Quanto alla formazione del personale, occorre incentivare idonei programmi formativi concernenti il management del trauma team nelle situazioni di emergenza-urgenza. Si sottolinea l'esigenza di ricorrere anche ad incentivi economici per i traumatologi, nonché di offrire un'adeguata formazione degli specializzandi.

3. Emergenza cerebrovascolare

• Si evidenzia la necessità di implementare in ogni Provincia un'organizzazione dell'emergenza cerebrovascolare basata sul modello hub and spoke, fermo restando che ogni DEA individuato come centro hub deve disporre di una stroke unit in grado di svolgere operazioni di natura complessa, quali la trombolisi intrarteriosa.

• In ogni centro spoke sia presente uno stroke team in collegamento telematico con un centro hub.

• Si ribadisce altresì l'esigenza che ogni struttura dedicata al trattamento dell'ictus assicuri l'assoluta osservanza alle linee guida in materia, nonché garantisca l'avvio della riabilitazione del paziente nel modo più precoce possibile al fine di consentire il massimo recupero riabilitativo del paziente medesimo.

4. Gestione del personale e formazione in medicina d'urgenza

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. È stato evidenziato che, oltre all'insegnamento di introduzione al

pronto soccorso al primo anno e a un corso specifico e professionalizzante in emergenza e urgenza al sesto anno nell'ambito del corso di laurea in medicina e chirurgia, occorrerebbe prevedere una specifica formazione in tema di medicina di emergenza.

5. Aspetti particolari

(attivazione del numero unico per l'emergenza, trasmissione informazione, elisoccorso, trasporto neonatale)

• Attivazione del numero unico. È stato illustrato il progetto attuativo del Numero unico per l'emergenza "112" istituito a livello europeo, destinato a conglobare le numerazioni attualmente dedicate al 113, al 112, al 115 e al 118 al fine di garantire, attraverso il sistema di telefonia fissa e mobile, la localizzazione effettiva del chiamante. Al riguardo, l'Italia è fortemente in ritardo rispetto agli altri Stati membri nell'esecuzione di tale progetto a livello tecnico-operativo.

• Trasmissione informazioni. Quanto alle tecnologie di comunicazione e connessione, è stata

evidenziata l'importanza delle tecnologie utilizzate per l'interconnessione della rete hub and spoke attraverso la telemedicina, mediante l'utilizzo delle soluzioni a banda larga per il consulto da remoto.

• Elisoccorso

Sono stati evidenziati i limiti operativi dell'elisoccorso legati all'impossibilità di curare ad alta quota e all'incapacità degli elicotteri di volare in assenza di visibilità con il solo supporto strumentale. In proposito sono state illustrate le prospettive evolutive degli apparecchi di nuova generazione, come il convertiplano, che potrebbe essere utilizzato nel campo dell'elisoccorso in modo da consentire la navigazione strumentale autonoma. È necessario predisporre un piano di interconnessione per l'elisoccorso al fine di ottimizzare la rete hub and spoke a livello regionale, nazionale e anche internazionale, nonché l'adeguamento dei relativi regolamenti di navigazione.

• Trasporto neonatale

Nel corso delle audizioni, la

Commissione ha acquisito elementi informativi riguardo al servizio di trasporto neonatale in emergenza, supporto necessario per fronteggiare situazioni di rischio in caso di eventi non prevedibili. Fermo restando che il trasporto ottimale rimane quello in utero, in quanto capace di garantire la nascita nel centro dotato delle migliori condizioni ostetriche e neonatologiche, è stato precisato che nei casi in cui non sia possibile attuare un'anticipata previsione del rischio in tutte le circostanze cliniche, soccorre il servizio di trasporto d'emergenza neonatale, articolato sulla base di due distinti modelli organizzativi, quali il servizio dedicato e il servizio attivabile a richiesta.

Il servizio dedicato è attivo 24 ore su 24 e provvede a tutte le richieste di trasferimento da e per qualsiasi struttura con personale che, pur facendo parte di un Centro di terapia intensiva neonatale (CTIN), svolge prevalentemente o esclusivamente attività di trasporto neo-

natale. Tale modello consente tempi di attivazione molto rapidi e la disponibilità di personale molto esperto per l'elevato numero di trasporti effettuati. La scelta del modello è in funzione dell'area geografica, delle condizioni di viabilità, del numero e del livello qualitativo dei punti nascita, del numero dei trasporti neonatali previsti.

La mancata organizzazione del trasporto del neonato in emergenza in molte Regioni italiane, costituisce uno dei fattori critici dell'assistenza neonatale in Italia. Al riguardo forte è l'esigenza di ottimizzare il numero dei punti nascita e di assicurare la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio.

Su WWW.AOGOI.IT è disponibile il documento "Nuovo schema di documento conclusivo presentato dal relatore sull'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza"

Le proposte della Commissione Igiene e Sanità del Senato

Come dare scacco alle criticità in sette mosse

Sono riassunte in sette punti le proposte dei senatori per risolvere le criticità del sistema di emergenza-urgenza emerse dall'indagine conoscitiva

1. Armonizzazione del soccorso extraospedaliero, con particolare riguardo all'omogeneizzazione dei mezzi dedicati allo stesso e alla previsione di una forma di accreditamento delle organizzazioni di soccorso e delle relative società o cooperative che forniscono il personale, per lo meno su base regionale, possibilmente a partire già dai prossimi rinnovi delle convenzioni in essere, con la finalità di ottemperare ad un adeguato e costante livello qualitativo. Particolare attenzione deve essere prestata allo sviluppo dell'elisoccorso e soprattutto del trasporto

neonatale oggi ancora insufficiente in vaste aree del Paese.

2. Razionalizzazione delle figure professionali impegnate, prevalentemente in riferimento ai requisiti curriculari e formativi dei medici, che debbano possedere specifici training specialistici ed intraprendere percorsi formativi estremamente mirati. Necessità di raggiungere l'obiettivo di dotare i Dea (Dipartimenti di emergenza-urgenza accettazione) e gli Eas (Dipartimento d'Emergenza ad alta Specialità) di personale, medico e paramedico qualificato, con una pianta organica dedicata e con un rapporto di lavoro stabile.

3. Implementazione dei supporti informativi ed informatici con

standardizzazione per lo meno su base regionale, con l'obiettivo di uniformare tutti i sistemi regionali.

4. Implementazione dei servizi di stroke unit e di emodinamica cardiologica interventistica nell'ambito dei Dea e degli Eas.

5. Riorganizzazione di Dea ed Eas, con l'identificazione puntuale di percorsi diagnostico-terapeutici privilegiati e procedure specifiche integrate per patologia, graduati per codice d'accesso, in grado di rispondere adeguatamente al livello di gravità dell'emergenza-urgenza e ridurre drasticamente i tempi di stazionamento dei pazienti all'interno delle strutture di Pronto soccorso e delle ambulanze all'esterno degli stessi.

6. Riorganizzazione della medicina territoriale, finalizzata all'incremento della capacità di filtro nei confronti delle inutili richieste di prestazioni di pronto soccorso.

7. Promozione ed ampliamento delle indicazioni e dell'utilizzo della telemedicina per il teleconsulto anche nella catena dei soccorsi extraospedalieri. Dall'indagine, infatti, emerge che, "malgrado sia avvenuta l'elaborazione di apposite linee guida da parte della Conferenza Stato-Regioni, ancora profondamente diversificati appaiono i modelli gestionali della rete dell'emergenza-urgenza, a partire dal trasporto primario finanche all'accettazione e al trattamento presso i Dea. Le uniche Regioni che hanno istituito delle Agenzie regionali per l'emergenza-urgenza sono la Lombardia (Aereu) ed il Lazio (Ares)".