



Regione Lombardia  
IL CONSIGLIO

COMMISSIONE CONSILIARE III

Sanità e Assistenza

Seduta del 21 febbraio 2011

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE PERONI

ITR N. 3048 Richiesta controllo ispettivo circa le modalità di svolgimento del servizio 118 in provincia di Lodi.

Argomento n. 4 all'ordine del giorno:

Presidente PERONI

Procediamo con l'interrogazione numero 3048, a firma dei Consiglieri Cavalli, Sola, Patitucci, Zamponi, "Richiesta controllo ispettivo circa le modalità di svolgimento del servizio 118 in Provincia di Lodi".

Assessore BRESCIANI

Il tema investe - è stato discusso anche in altri ambiti - la logica della riorganizzazione del nostro sistema dell'emergenza-urgenza.

Si sono fatti dei passi avanti notevoli, come voi avete fatto. Io devo esprimere apprezzamento per l'attività e il lavoro, non facile del Direttore generale Zoli, il quale sta apportando dei cambiamenti significativi nel nostro sistema, con i rischi relativi. Ho dovuto partecipare anch'io ad alcune riunioni in altri ambiti provinciali, dove il rinnovamento lo vogliono tutti, ma a casa degli altri. Questo è fondamentale, questa è una cosa bellissima, perché tu vedi che si vuole il rinnovamento, e poi vai in una Provincia dove ci sono mezzi di soccorso avanzati, 6 su 430.000 abitanti. Lo stesso numero che c'è a Milano su un milione e mezzo di abitanti; c'è qualcosa che non funziona.

Con attività che vanno da zero a cinque al giorno di interventi per ogni mezzo di soccorso avanzato, che vuol dire ambulanza, medico, infermiere e autista, fermi ventiquattro ore su ventiquattro, un giorno sì e un giorno no, con dei risultati poi dal punto di vista tecnico certamente non brillanti perché i volumi di performance di allenamento, che tecnicamente si chiamano volumi praticati di performance, sono talmente bassi che non danno una qualità del sistema e qualche volta fanno perdere anche qualche vita perché non sei sufficientemente allenato a rispondere.

Si sono fatte delle riorganizzazioni e si è cercato di capire come altri Paesi sono organizzati per imparare da altri e trasferire poi sul nostro territorio quello che è possibile trasferire perché non sempre tutto è possibile trasferire.

Le normative sono diverse, così come le realtà territoriali e quant'altro. Si è adottato uno schema che adesso verrà presentato ovviamente per essere portato a livello nazionale. Scusate questo preambolo, ma è importante. Dopo aver sperimentato su due aree questo nuovo modello che ha dato dei risultati estremamente efficaci derivato dal modello israeliano perché abbiamo fatto tre giorni di studi in Israele e questi studi ci hanno consentito di capire come loro sono organizzati.

Siccome là hanno uno Stato bellico, praticamente l'organizzazione del sistema di emergenza urgenza è strepitosamente capace e attivo anche perché i loro volumi di performance sono alti. Abbiamo visto delle cose straordinarie, abbiamo visto dal vivo mettere al sicuro in venti minuti delle persone che erano in un pullman quando uno si è fatto esplodere; venti minuti sono una cosa straordinaria, eccezionale.

Hanno un'organizzazione particolare e abbiamo studiato e cercato di capire quali elementi potevano essere trasferiti nel nostro Paese con le nostre normative.

Il dott. Zoli ha perfettamente interpretato la funzione e le indicazioni dell'Assessore, ha creato un sistema orizzontale molto veloce e adesso sta creando una riorganizzazione tale per cui ci sia maggiore efficienza e minori costi impropri, come abbiamo trovato in quella Provincia.

Avere sei auto mediche che stanno piazzate per 400 mila persone e avere lo stesso numero su un milione e mezzo di abitanti credo che se funziona a Milano dovrebbe funzionare di là con la stessa proporzione abitanti e auto mediche.

Si è creata una logica importante. La cosa importante nell'ambito dell'emergenza urgenza, quando arriva un mezzo, è garantire due cose: la sopravvivenza del paziente e la possibilità di avere immediatamente una competenza in condizione di sopravvivenza medica.

La sopravvivenza del paziente è garantita, se non ci sono delle patologie da sala operatoria immediata e di conseguenza di pazienti che perdiamo in strada, è legata fondamentalmente all'instaurare la circolazione e l'ossigenazione. Sono due cose che abbiamo delegato a dei pompieri a Como facendo loro un corso perché il massaggio cardiaco e la ventilazione con "ambu" sono le due condizioni che garantiscono la sopravvivenza nell'80 circa per cento dei pazienti.

Per cui abbiamo organizzato un sistema che vede - ve lo schematizzo - alla periferia le ambulanze semplici con del personale che non è necessariamente sanitario, né infermieri né medici, ma volontari, che sono quelle che voi vedete che sono i mezzi semplici, di base, soccorso di base.

Questi hanno la possibilità di garantire questo tipo di sopravvivenza, cioè sono dei centri mobili di sopravvivenza. Tutto il mondo pratica questo tipo di applicazione. Poi esistono invece classicamente i mezzi di soccorso avanzato i quali hanno il medico a bordo.

Il sistema che noi abbiamo applicato è di avere un mezzo di soccorso con il medico a bordo che gira come una pallina da flipper in posizioni dove sono collocati i mezzi di soccorso di base, cioè senza medico e senza infermiere, con i volontari, come c'è adesso. È gente preparata, comunque.

Questo consente di avere il mezzo di soccorso avanzato con il medico, come fanno i pompieri del resto. Di fronte a un evento si ispeziona l'evento, si garantisce la sopravvivenza e se è necessario si chiede l'auto medica avanzata, con il medico. Il bello è che il medico si muove sicuramente senza perdere mai un intervento fatto per nulla, perché non c'è bisogno. Di conseguenza si usa questa macchina che è molto veloce, con movimenti rapidi, nel contesto di un'area presidiata dai mezzi di soccorso di base che stanno alla periferia, idealmente. Se vai in Valle Camonica lì c'è un budello e lì non è che puoi fare un cerchio, però questo è il principio.

Si è poi introdotto sperimentalmente un altro concetto e l'abbiamo fatto prima su Como e poi su altre realtà in cui abbiamo messo su un mezzo di base un infermiere soprattutto esperto nell'ambito delle terapie di alto livello, per intenderci le intensive.

Questo è abilissimo nel fare tutto quello che serve non solo per garantire la sopravvivenza, ma per dare di più e molto vicino a quello che il medico sa fare, perché è molto esperto nelle terapie avanzate di terapia intensiva.

Questo mezzo sperimentale l'abbiamo chiamato mezzo di soccorso intermedio che poi qualcuno ha interpretato come infermieristico. Questo è un mezzo strategico che serve praticamente a coprire quel momento in cui il medico nell'ambulanza è su un'altra posizione e determina un intervento importante. Come succede in terapia intensiva il 95 per cento delle volte l'infermiere risolve il problema grave prima che arrivi il medico. Quindi, noi abbiamo introdotto questo concetto.

La sperimentazione è stata molto positiva, ci ha dato dei buoni risultati, abbiamo ridotto i termini e i tempi per garantire al paziente una situazione non drammatica di danno tissutale per circolazione e per ossigeno. Abbiamo ridotto i tempi di intervento per poterli portare sul luogo di cura laddove è necessario, acuto. Parlo di sale di cateterismo e quant'altro e quindi questo risultato ci ha dato dei buoni elementi.

Noi il mezzo di soccorso intermedio lo applichiamo nelle aree critiche laddove la percorrenza e il traffico rende sicuramente più difficile la grande velocità della pallina da flipper che è il mezzo di soccorso avanzato.

In poche parole ci sono sei ambulanze classiche che noi chiamiamo mezzi di soccorso di base, un mezzo di soccorso con il medico a bordo che gira in questo circuito a chiamata e ad ispezione avvenuta, dove la sopravvivenza del paziente è garantita dalle pratiche comuni. Poi, dove c'è una situazione territoriale o una situazione logistica fra il numero di persone e i mezzi a disposizione che sta a cavallo di un maggior rinforzo non ci mettiamo un altro medico, non ci mettiamo un'altra ambulanza con il medico, ma ci mettiamo qualcosa di meno, ma qualcosa di più del mezzo di soccorso di base.

Questa tecnica ci ha dato la possibilità di avere risultati molto positivi. L'abbiamo già applicata e quindi continuiamo su questo percorso.

Vi do la risposta all'interrogazione, dopo avervi fatto questa lunga premessa, ma per farvi capire che c'è una strategia e c'è un'organizzazione strutturale del sistema, non demagogica, non politicamente asservita ad alcuni scopi che sono per esempio il ridurre i servizi, il ridurre i costi e quant'altro, ma nella logica di migliorare le prestazioni.

Sappiate che con questa esperienza a Milano abbiamo ridotto di venti minuti l'arrivo nella sala di cateterismo del paziente aumentando la sua possibilità di sopravvivenza con una morte prevista di - 7,5 per cento, il che vuol dire che su cento vite con queste tecniche ne salviamo sette in più. Di conseguenza, crediamo che sia utilità pubblica procedere in questi termini.

Nello specifico - e vi lascerò le considerazioni del dottor Zoli - credo di non aver mancato nel darvi i criteri generali che si applicano. Se volete, vado nello specifico per quanto riguarda Lodi e sintetizzo.

Il responsabile di Lodi, su indicazione dell'AREU, monitorizza gli interventi di soccorso effettuati dai mezzi operanti sul territorio. Noi siamo in grado di monitorizzare secondo per secondo, o anche meno, tutto quello che sta succedendo. Cioè, avviene l'evento, parte un mezzo di soccorso di base. Nello *screen* c'è scritto dove va, come va, che cosa fa, che questo trova e di che cosa ha bisogno. Quindi, è un processo di cura che si fa sulla realtà riscontrata. Ne è la garanzia che il paziente intanto sopravvive per poter prendere decisioni serie e non affrettate.

Quindi, il responsabile di Lodi monitorizza gli interventi di soccorso effettuati dai mezzi operanti sul territorio di competenza. Questi, ma anche quelli effettuati dal mezzo di soccorso di Sant'Angelo Lodigiano, ovviamente.

Il personale infermieristico che opera su tale mezzo di soccorso è in possesso dei requisiti, che sono necessari ovviamente, previsti da un provvedimento del 1999, un DGR, ed ha superato il percorso formativo previsto dall'AREU. L'AREU pretende un percorso formativo, cosa che prima nel 118 non era così fortemente preteso. Il volontariato, con tutto l'apprezzamento per il volontariato, perché se non avessimo il volontariato avremmo dei seri problemi, infatti abbiamo 30.000 volontari che operano nel nostro sistema e che è anch'esso formato.

Ebbene, l'AREU ha introdotto questa norma obbligatoria per l'abilitazione all'impiego degli algoritmi clinico - assistenziali, si tratta di protocolli che individuano chi fa che cosa, in una matrice di responsabilità, per cui un certo intervento lo fai tu e non lo fa quell'altro. Come succede, del resto, in sala operatoria.

I mezzi utilizzati sono forniti in convenzione dalla Croce Bianca di Milano, Sezione di Sant'Angelo Lodigiano, e i controlli dei mezzi sono in capo all'ASL competente, territorialmente coadiuvata dal personale operativo dell'emergenza-urgenza.

Le attività del mezzo di soccorso intermedio, che ha quello che ha l'infermiere e che voi avete chiamato mezzo di soccorso con infermiere, ma va benissimo, l'importante è intenderci, sono iniziate in Regione Lombardia su indicazione del Centro regionale di emergenza-urgenza del Centro di coordinamento negli anni 2007 e 2008. Quindi, la logica è: sperimentazione su un focus, fai funzionare il modello, perfezionalo, correggilo e poi puoi gemmarlo sul territorio e così fu 2007-2008.

Al termine del periodo sperimentale effettuato nell'area della Provincia di Como, i positivi risultati riscontrati hanno consentito alla Regione di formalizzare la presenza di questo ulteriore mezzo di soccorso in aggiunta a quelli già precedentemente utilizzati ove previsti nell'ambito del DGR del 2008, con la quale è stata attivata l'Azienda regionale dell'emergenza-urgenza.

Siccome la strategia chiede dei processi e delle tappe precedenti, abbiamo organizzato questo lavoro prima. Poi, quando abbiamo fatto l'AREU, le abbiamo detto che era in atto questa sperimentazione positiva su Como e su Milano.

Lo studio che abbiamo fatto in Israele ci ha confermato che questa è una posizione interessante perché anche loro la applicano. Ma noi l'abbiamo applicata nel 2007 perché il patto con Israele l'abbiamo fatto prima e siamo andati a studiare prima. Quindi, avevamo programmato tutto questo percorso, cercando ovviamente di creare il minor rischio possibile per il paziente.

Nell'ambito del proprio mandato, l'AREU ha da prima aggiornato gli algoritmi da utilizzarsi in caso di attivazione di questi mezzi di soccorso, cioè le regole, sulla base delle evidenze scientifiche. E successivamente ha proseguito il percorso di progressiva estensione della distribuzione di tali mezzi sempre a integrazione, e tanto - badate, integrazione, non sostituzione, non soppressione, ma integrazione -, del mezzo di soccorso di base e dei mezzi di soccorso avanzato. È un qualcosa di intermedio, ma è integrativo, non è soppressivo. Se sopprimo un mezzo di soccorso di base e ce ne metto uno integrativo ho dato un plusvalore operativo, necessario se è necessario, inutile se è inutile, e se è inutile non si finanzia con i soldi del pubblico. Quindi, integrazione. Attenzione che la parola è proprio misurata.

Mezzi, dicevo, che continuano a rimanere presenti sul territorio regionale. In particolare, si segnala che nella scorsa estate, oltre le Province di Como, Lecco, Monza e Brianza a cui si è esteso il modello perfezionato in quegli anni, ove questi mezzi erano già presenti e dove stavano continuando a garantire prestazioni di ottimo livello, dopo un lungo e faticoso confronto con le Istituzioni del territorio, lungo e faticoso perché tutti vogliono cambiare, ma poi quando vai a cambiare ti dicono di andare dall'amico vicino. Però, abbiamo tenuto duro. Ho partecipato anch'io. È stato veramente un confronto serrato, però fermo. Poi c'è stato il consenso.

Ebbene, il mezzo di soccorso intermedio è stato introdotto anche nella Provincia di Sondrio. Anche lì un po' di battaglia. Ma dopo qualche iniziale preoccupazione locale sulla base dei dati riscontrati la stessa Conferenza dei Sindaci ha riconosciuto il miglioramento dei servizi resi alla popolazione, di cui si dubitava. Noi abbiamo detto che avremmo cambiato, tenendo ovviamente presente le loro considerazioni, e che saremmo stati responsabili di portare loro i risultati e di discutere in questa sede. Così abbiamo fatto su Sondrio e così abbiamo fatto sulla Conferenza dei Sindaci quando si è parlato di Mantova, che era il tema delle famose sei ambulanze. Mi è scappata, ma adesso ormai l'ho detto.

Quindi, risultati positivi. Resistiamo a dare risultati positivi.

Il DGR del 1999 definisce i requisiti del personale operante sui mezzi di soccorso e il percorso formativo necessario per l'accesso a tale attività. AREU, oltre a realizzare percorsi formativi finalizzati a mantenere le abilità definite dai requisiti minimi, ha privilegiato un percorso formativo specifico per l'abilitazione e l'impiego degli algoritmi clinico - assistenziali vincolante per l'accesso all'attività sui mezzi di soccorso intermedio. Quindi, queste persone che vengono dalle aree di tecnologia più avanzata oltretutto dovranno imparare e superare ovviamente l'esame di algoritmi clinico - assistenziali per queste specifiche capacità, dove l'infermiere fa l'infermiere e riesce a fare molte di quelle attività che usualmente sul territorio fa il medico, cercando di utilizzare il medico là dove sia veramente necessario per le competenze e le normative che lo prevedono.

Presidente PERONI

Chiedo ai Colleghi che hanno presentato questa interrogazione se hanno qualcosa da aggiungere.

Consigliere CAVALLI

Ringrazio l'Assessore per la corposa risposta e chiedo al Presidente se è possibile avere anche qualcosa di scritto per cercare di orientarsi meglio. Inoltre, chiederei se è possibile avere i risultati di questa sperimentazione e accedervi per poter dare un'occhiata.

Presidente PERONI

Assessore, magari mandiamo un appunto alla Segreteria, così non chiediamo a lei di fare lo scrivano.

Assessore BRESCIANI

Come sempre, io lascio la documentazione che leggo, potete anche eventualmente chiederci per iscritto alcune precisazioni.