



XII LEGISLATURA

ATTI AULA

Mozione n. **366**

<<Per correggere gli aspetti più rilevanti di inefficacia e inefficienza dell'attuale assetto operativo del servizio di soccorso sanitario territoriale in Friuli Venezia Giulia>>

Proponente: **Zalukar**

Il Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia

RILEVATO che, nell'IRI n. 910 del 17 giugno 2022, relativa alla convenzione per il servizio di elisoccorso notturno in FVG che metteva in evidenza quanto il rapporto costo-efficacia del servizio risultasse palesemente negativo e che quindi si chiedeva alla Giunta se non ritenesse di revocare la convenzione, eventualmente ricorrendo all'autotutela;

RILEVATO altresì che, a fronte di una risposta vaga da parte dell'Assessore, alla fine la convenzione è stata rinnovata per 5 anni con un costo complessivo di oltre 10 milioni di euro;

RITENUTO quindi doveroso, a tutela dei malati e nel rispetto della buona amministrazione, approfondire ulteriormente le problematiche già emerse e fatte oggetto della citata interrogazione con uno studio analitico dell'attività dell'elisoccorso notturno;

VISTO che, ai fini di cui al precedente paragrafo, in data 22 giugno 2022, è stato richiesto all'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, ai sensi del comma 3 dell'articolo 9 della legge regionale 18 giugno 2007, n. 17 e dell'articolo 67 della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7, l'accesso alle schede missione dell'attività di elisoccorso notturno dal 1° gennaio 2022 al 30 aprile 2022, che sono pervenute il 7 luglio 2022;

CONSIDERATO che si è provveduto all'analisi delle schede relative a tutte le missioni svolte nel primo quadrimestre dell'anno in corso, quindi dal 1° gennaio al 30 aprile 2022, per un totale di 47 voli nel periodo considerato, al fine di valutarne l'efficacia, ovvero la capacità di produrre l'effetto e i risultati voluti o sperati, nonché l'efficienza, ovvero l'abilità di raggiungere l'obiettivo impiegando le risorse minime indispensabili;

Ricordato che, l'obiettivo del servizio di soccorso sanitario è essenzialmente:

- arrivare nel posto giusto con i mezzi giusti nel minor tempo possibile;
- assicurare correttamente le prestazioni cliniche indifferibili;
- trasportare il paziente nell'ospedale nosologicamente competente nel minor tempo possibile (imperativo categorico nelle patologie tempo dipendenti come politraumi, emorragie, infarto miocardico, ictus, ecc.);

SOTTOLINEATO che il tempo è elemento essenziale per il successo dell'attività di soccorso, tanto che il tempo di soccorso, ovvero il tempo che intercorre dal momento della chiamata al momento dell'arrivo del soccorso sul paziente, è disciplinato dalla deliberazione della Giunta regionale n.

2039 del 16 ottobre 2015 “Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia” che a sua volta richiama sia gli standard temporali di soccorso di tipo normativo nazionale (8' per le aree urbane e 20' per le aree extraurbane) sia quelli di indirizzo europeo (18' massimo) come indicato dal “The European Emergency Data (EED) Project”;

EVIDENZIATO che nelle patologie tempo dipendenti, come politrauma, infarto acuto di cuore, ictus, emorragie, risulta fondamentale considerare oltre al tempo di soccorso anche il tempo di ospedalizzazione, ovvero il tempo che intercorre dal momento della chiamata al momento dell'arrivo in ospedale, essendo questo, insieme al tempo intraospedaliero di diagnosi e cura, determinante *quoad vitam et valetudinem*;

EVIDENZIATO altresì che l'efficacia di un'organizzazione di soccorso si misura in sostanza con la capacità dell'erogazione certa di prestazioni cliniche ed assistenziali omogenee tempo dipendenti;

Ricordato che l'elicottero nelle ore notturne:

- richiede un tempo maggiore che nel diurno per decollare;
- non può atterrare come di giorno sul luogo dell'incidente, ma solo su elipiazzole dislocate sul territorio regionale in punti preordinati e appositamente illuminati, e da qui l'*équipe* sanitaria dell'eliambulanza viene prelevata da un mezzo su ruote e trasportata sul *target*;
- a Udine deve atterrare all'elibase di Campofornido, distante 10 km dall'ospedale, non essendo l'elipiazzola dell'ospedale di Udine, su cui converge la maggior parte dei traumi gravi, abilitata al notturno;

VISTI i tempi medi di soccorso dell'eliambulanza notturna:

- dall'allarme al 112 all'allertamento dell'elicottero tempo medio di 274 secondi, ovvero 4 minuti e mezzo (dati ufficiali della Regione);
- dall'allertamento al decollo tempo medio di 14 minuti (dati ufficiali della Regione);
- dal decollo all'elipiazzola più vicina al *target* tempo medio di 17 minuti (dati ufficiali della Regione);
- trasporto dell'*équipe* sanitaria con mezzi di terra dall'elipiazzola al *target* tempo medio (non fornito dalla Regione) stimato in 5-10 minuti a seconda della distanza tra elipiazzola e *target*;

per un tempo medio di soccorso pari a 40 - 45 minuti, che è almeno il doppio del tempo massimo di soccorso indicato dalla normativa;

Visti altresì i tempi medi di rientro dell'eliambulanza notturna:

- trasporto del paziente con autoambulanza dal *target* all'elipiazzola e imbarco sull'eliambulanza tempo medio (non fornito dalla Regione) stimato in 10-15 minuti a seconda della distanza tra *target* ed elipiazzola;
- dal decollo dall'elipiazzola del *target* all'arrivo all'elipiazzola dell'ospedale HUB di destinazione tempo medio di 16 minuti (dati ufficiali della Regione);

- sbarco e trasporto del paziente dall'elipiazzola all'ospedale tempo di 8 minuti per Udine e di 5 minuti per Trieste (dati ufficiali della Regione);

per un tempo medio di rientro pari a 35-40 minuti, che sommato al tempo medio di soccorso fornisce il tempo medio di ospedalizzazione pari a 80 minuti;

CONSIDERATO che, pur prescindendo dalle norme che regolano i tempi di soccorso (che vengono ampiamente superati), non paiono accettabili 40 minuti di attesa media prima che un paziente critico o molto critico possa essere assistito da un medico e 80 minuti in media per l'ospedalizzazione, tenuto anche conto che la maggior parte dei *target* del campione esaminato si trovano a 30-40 km dall'ospedale;

RICORDATO che l'Assessore alla Salute, nella risposta all'interrogazione sopra citata, sembra credere che all'efficacia dell'intervento contribuisca più che il fattore tempo il fatto che a bordo dell'apparecchio ci sono già anestesista e infermiere così da ricreare una sorta di piccolo ospedale che presta le cure al paziente.

EVIDENZIATO che ciò poteva essere vero, ma solo in parte, nel secolo scorso e che da allora si sono fatti progressi nella medicina di emergenza, basti pensare all'emodinamica interventistica o alla terapia dell'*ictus*, che ovviamente si possono fare solo in ospedale;

CONSIDERATO infatti che nell'infarto acuto di cuore ogni ritardo significa un pezzo di cuore salvato in meno, e che le stesse considerazioni possono farsi per il cervello in caso di *ictus* ischemico, e che per il traumatizzato il tempo di arrivo in sala operatoria può fare la differenza tra vita e morte;

OSSERVATO che le tempistiche possono essere meglio spiegate riportando qui di seguito alcuni esempi tratti dalle 47 missioni notturne analizzate nel campione:

- Missione n. 79 -13 febbraio–Soccorso a Ronchis di Latisana-, allarme: ore 04.24. L'elicottero atterra a Ronchis alle 05.04. Il paziente entra all'ospedale S.M.M. di Udine alle 05.55, un'ora e mezzo dopo l'allarme. Il *target* dista 41 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile che con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine circa mezz'ora prima;
- Missione n. 112 -27 febbraio–Soccorso a Gorizia-, allarme: ore 20.41. L'elicottero atterra a Gorizia alle 21.12. Il paziente entra all'ospedale S.M.M. di Udine alle 22.10, un'ora e mezzo dopo l'allarme. Il *target* dista 40 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile che con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine circa mezz'ora prima;
- Missione n. 229 -14 aprile–Soccorso su A4 Palmanova, Villesse-, allarme: ore 05.13. L'elicottero atterra a Palmanova (approdo notturno) alle 06.06. Il paziente entra all'ospedale S.M.M. di Udine alle 06.40, oltre un'ora e mezza dopo l'allarme. Il *target* dista 36 km dall'ospedale di Udine ed è quindi verosimile che con autoambulanza il paziente sarebbe arrivato a Udine almeno mezz'ora prima;

RICORDATO che nei casi sopra descritti non sono riportate le condizioni cliniche dei pazienti, in quanto è difficilissimo ottenere dati completi sull'attività dell'elisoccorso;

CONSIDERATO che, dopo aver analizzato il grado di efficacia dell'elisoccorso notturno, cioè la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato nel minor tempo possibile e nel rispetto degli *standard* normativi, si è proceduto a misurarne l'efficienza, ovvero l'abilità di raggiungere l'obiettivo impiegando le risorse minime indispensabili;

RICORDATO che l'elisoccorso notturno è stato attivato in Friuli Venezia Giulia il 1° febbraio 2018, anche al fine di sopperire alla carenza di automezzi medicalizzati, e che quindi il suo ruolo si è da subito rivelato sostitutivo piuttosto che integrativo ai mezzi di soccorso di terra;

RICORDATO quindi che, invece di avere una rete di automezzi medicalizzati capillarmente distribuita sul territorio e tale da garantire tempistiche adeguate, si sono investite più risorse sul mezzo aereo e che l'esiguità del numero di automediche esistenti nella nostra regione sembra lasciare in sofferenza vaste aree, soprattutto montane come l'Alto Friuli e la Carnia, ma anche costiere, come Grado e territori limitrofi dopo lo spostamento dell'automedica da Monfalcone;

RAMMENTATO altresì che il taglio di ospedali di rete e relativi Pronto soccorso, come avvenuto ad esempio nel gemonese, avrebbe dovuto consigliare un congruo rinforzo di automezzi per contenere un presumibile aumento di rischi e disagi per la popolazione;

RICORDATO che il Piano regionale dell'emergenza, di cui alla DGR 2039/2015, prevede complessivamente 6 automediche per l'intero territorio del Friuli Venezia Giulia;

CONSIDERATO che la nostra regione presenta una popolazione di 1.200.000 abitanti distribuiti su un'area di 7.856 kmq, per cui il rapporto medio è di 1 automedica per ogni 200 mila abitanti con copertura di 1.309 kmq di territorio;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, e l'Atto d'Intesa Stato Regioni 5 agosto 2014 che prevedono: "un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq.", con un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane. E visto altresì che, secondo le indicazioni ministeriali il Friuli Venezia Giulia dovrebbe avere 20 automezzi medicalizzati al posto di 6;

RAMMENTATO per giunta che l'operatività dell'eliambulanza è condizionata dal meteo, in quanto situazioni di scarsa visibilità come nebbia e nubi basse o di vento forte non consentono il volo;

VISTO che il citato DM 70/15, al punto 9.1.4 così recita: "Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno". Specificando che: "Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni";

CONSIDERATO che, dal campione esaminato, risulta che nel primo quadrimestre 2022 in FVG sono stati effettuati 47 voli notturni, 12 al mese, da cui si può dedurre una proiezione annua di

140 -150 voli, che comunque rappresentano meno della metà di quello che il Ministero della Salute considera il minimo indispensabile per attivare il servizio;

RICORDATO che, sebbene si osservi un incremento rispetto ai primi 8 mesi di attivazione del servizio di elisoccorso notturno, quando erano stati effettuati 25 voli notturni pari a 3 al mese, dall'esame analitico del campione relativo al primo quadrimestre 2022 risulta che 10 delle 47 missioni effettuate quest'anno sono state sospese dopo il decollo in quanto inutili/non necessarie (oltre il 20% del campione);

VISTO che delle restanti 37 missioni quelle per soccorso primario sono state 25 e quelle per trasporto secondario (trasferimento da ospedale a ospedale) 12;

VISTO inoltre che dall'analisi delle 37 missioni effettuate si rileva che molte di queste risultano inappropriate o addirittura controproducenti, in quanto i tempi di soccorso e ospedalizzazione sono stati sensibilmente più lunghi rispetto a quelli che avrebbero potuto essere garantiti da mezzi di soccorso su gomma;

SOTTOLINEATO che, relativamente alle missioni di soccorso, l'inappropriatezza deriva dall'aver impiegato il mezzo aereo su distanze medio brevi dall'ospedale di riferimento, che sarebbero state coperte in tempi molto più brevi dai mezzi di soccorsi su ruota riducendo i tempi di ospedalizzazione e nel contempo riducendo enormemente i costi;

EVIDENZIATO che l'analisi del campione ha dimostrato anche che la maggior parte dei pazienti soccorsi presentava media bassa gravità, mentre le missioni per casi realmente critici sono state 6 in totale. Qui le valutazioni sono ovviamente più delicate perché investono le regole di ingaggio, che attualmente per la tipologia di soccorso di gran lunga più frequente, ovvero gli incidenti stradali (23 missioni pari a oltre il 90% di quelle di soccorso), attengono alla dinamica dell'evento, che per sua natura comporta un eccesso di impiego del mezzo aereo, quando sarebbe bastato un mezzo su ruote per avere maggiore efficacia e costi assai minori;

EVIDENZIATO altresì che, relativamente ai trasporti secondari da ospedale a ospedale (12 in totale), solo pochi di questi sembrano giustificare l'uso del mezzo aereo, in quanto la maggior parte dei trasferimenti riguardano le tratte da Pordenone a Udine, da Tolmezzo a Udine, da Gorizia a Trieste, quindi distanze di circa 50 km che sarebbero coperte in tempi sensibilmente minori impiegando autoambulanze (con costi infinitamente più bassi), oppure voli per trasferimenti "differibili", quindi non urgenti, di pazienti da ospedali HUB a ospedali SPOKE; di cui vengono dati qui di seguito alcuni esempi:

1. Missione n. 121 - 2 marzo – Trasporto di un paziente dall'ospedale HUB di Trieste a quello SPOKE di Gorizia, distanti 50 chilometri, per un trasferimento indicato come "differibile" sulla scheda di missione, quindi non urgente ed effettuabile con autoambulanza;
2. Missione n. 188 – 24 marzo - Trasporto di un paziente critico dall'ospedale di Pordenone a quello di Udine. Allarme: 01.31. Arrivo all'ospedale di Udine: ore 03.00. Quindi il tempo totale per trasferire un paziente critico tra due ospedali distanti 52 km è stato di 1 ora e mezza, via terra il paziente sarebbe arrivato a Udine mezz'ora prima;

3. Missione n. 243 - 17 aprile – Trasporto di un paziente critico dall'ospedale di Gorizia a quello di Cattinara. Allarme: 20.14. Arrivo all'ospedale di Trieste: ore 22.45. Il tempo totale per trasferire il paziente critico da Gorizia a Trieste, distanti 50 km, è stato di 2 ore e mezza, via terra il paziente sarebbe arrivato a Trieste in un'ora o poco più;

CONSIDERATO che il costo dell'elisoccorso notturno ammonta a circa 2.000.000 di euro all'anno per la sola convenzione, a cui devono aggiungersi 400.000 euro per l'*équipe* sanitaria, oltre alle spese di realizzazione/manutenzione delle elipiazzole, quindi complessivamente 2 milioni e 400.000 euro all'anno;

RILEVATO che nei 4 mesi a cui si riferisce il campione in esame sono state effettuate 47 missioni, 12 al mese, che rappresentano meno della metà (40%) del minimo di attività previsto dal citato DM 70/2015;

RILEVATO altresì che, essendo il costo dell'elicottero notturno pari a circa 800.000 euro a quadrimestre, il costo di ciascuna missione del campione esaminato ammonta a 17.000 euro, comprese le missioni abortite e compresi i trasferimenti come quello sopra citato non urgente di un paziente tra Trieste e Gorizia (al costo di 340 euro al chilometro);

EVIDENZIATO che relativamente al soccorso/trasporto di pazienti critici e urgenti il costo rappresenterebbe un parametro molto relativo, ma non sembra potersi considerare elemento trascurabile se al costo maggiore corrispondono tempi di soccorso/ospedalizzazione più lunghi di quelli ottenibili con mezzi su ruota, se organizzati nell'ambito di un sistema di emergenza idoneo a portare i soccorsi nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente (DPR 27 marzo 1992, DM 70/2015, DGR FVG 2039/2015);

RITENUTO che un siffatto sistema dovrebbe essere comunque assicurato sull'intero territorio regionale, pur in presenza di un'organizzazione di elisoccorso ridondante, in quanto l'operatività dell'eliambulanza è condizionata dal meteo, visto che situazioni di scarsa visibilità, come nebbia e nubi basse, o di vento forte non consentono il volo, e nella nostra regione non sono eccezionali le nebbie sulla pianura friulana, le nubi basse nell'area montana, il vento forte nell'area giuliano isontina;

RICHIAMATA la specifica normativa regionale (DGR 2039/2015) che prevede l'uso dell'eliambulanza solo quando "non sia possibile raggiungere, o raggiungere tempestivamente il paziente con altro vettore medicalizzato" nonché "per necessità di centralizzazione protetta", perfettamente in linea con le indicazioni di cui al DM 70/2015;

RICHIAMATO altresì il DM 70/2015 che prevede che l'elisoccorso non può che essere integrativo piuttosto che sostitutivo ai mezzi di terra, come invece avviene di fatto nella nostra regione;

RITENUTO quindi per tutti i motivi sopra esposti che il servizio di elisoccorso notturno, così come organizzato in Friuli Venezia Giulia, risulta in larga parte inefficace e inefficiente, poiché allunga fino a raddoppiare i tempi di soccorso/ospedalizzazione di malati critici e urgenti ed è prevalentemente impiegato in soccorso a pazienti non critici, che sarebbero più facilmente e più rapidamente raggiungibili da mezzi su ruote;

RICORDATO che l'impiego come sopra rappresentato di questo servizio consuma risorse pari a 2 milioni e 400.000 euro all'anno;

Tutto ciò premesso,

impegna la Giunta regionale

- 1) a prevedere, nel prossimo Piano dell'emergenza, un assetto organizzativo del soccorso territoriale comprendente mezzi su gomma – automediche ed autoambulanze – di tipologie e numeri adeguati a soddisfare i parametri di legge esposti in premessa, integrati dal mezzo aereo – eliambulanza – in tutti casi in cui l'intervento per via aerea è necessario per assicurare modi e tempi di soccorso non ottenibili con l'uso dei soli mezzi di terra;
- 2) a rivedere la convenzione in essere sull'elisoccorso notturno tenuto conto della sua debole efficacia e scarsa efficienza e quindi armonizzarla con la specifica normativa vigente, prevedendo l'uso dell'elicottero integrativo e non sostitutivo dei mezzi di terra.

Presentata alla Presidenza il giorno 21/11/2022