

# CAMERA DEI DEPUTATI Doc. XXII n. 5

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FARINA COSCIONI, MAURIZIO TURCO, BELTRANDI,  
BERNARDINI, MECACCI, ZAMPARUTTI**

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla situazione dei pazienti, ricoverati in reparti di terapia intensiva, in stato di dipendenza cronica da trattamenti di ventilazione meccanica

*Presentata il 6 ottobre 2008*

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di inchiesta parlamentare è stata elaborata in collaborazione con il Dipartimento di discipline medico-chirurgiche, sezione di anesthesiologia e rianimazione, dell'ospedale San Giovanni Battista, università degli studi di Torino.

La ventilazione meccanica è una procedura « salva vita » per i pazienti con malattie acute che manifestano una compromissione della funzione respiratoria. È stato stimato che circa il 33-40 per cento dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (TI) richiede il supporto del respiro tramite

ventilazione meccanica. In questo caso i pazienti sono connessi al ventilatore tramite un tubo endo-tracheale (oro-tracheale, naso-tracheale o tracheotomia) o un'altra interfaccia, appoggiata al viso del paziente (maschere nasali, oro-nasali eccetera).

Nella maggior parte dei casi la ventilazione meccanica rappresenta un trattamento a breve termine (durata massima di sette giorni). Il processo che consente il distacco del paziente dal ventilatore è definito « svezzamento ». È importante che questa procedura sia effettuata in tempi

brevi, perché la mortalità aumenta in caso di ventilazione prolungata, principalmente a causa dell'insorgenza di infezioni (soprattutto polmoniti) e per i danni che si verificano a carico delle vie aeree a causa della prolungata permanenza in sede del tubo endotracheale. Tuttavia circa il 29 per cento dei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica presenta difficoltà allo svezzamento e il 50-60 per cento di questi soggetti rimane dipendente dal ventilatore per il resto della sua esistenza.

Il mancato svezzamento dal ventilatore è fondamentalmente riconducibile a due differenti fattori:

1) fattori dipendenti dal paziente (persistenza di una patologia acuta severa o di una grave comorbidità cronica, insorgenza di complicanze infettive, eccessivo carico di lavoro respiratorio, ridotta forza dei muscoli respiratori, disfunzione cardiaca, denutrizione grave, inalazioni ricorrenti, *delirium*, depressione, ansia, sedazione, alterazione della qualità e quantità di sonno);

2) fattori dipendenti dai curanti (ritardo nel riconoscimento della capacità del paziente di essere svezzato, assenza di protocolli di svezzamento o di sedazione, inesperienza dei curanti, inadeguato settaggio del ventilatore che determina sovra o sotto-assistenza). Questi fattori singolarmente o, più spesso, associati determinano l'instaurarsi di dipendenza cronica dal ventilatore.

La tracheotomia comporta dei vantaggi rispetto al tubo oro-tracheale nel paziente difficile da svezzare perché è in grado di ridurre il lavoro respiratorio, di aumentare il senso di *comfort* del soggetto e di ridurre le necessità di sedazione. Ed è per questi motivi che tale procedura viene presa in considerazione precocemente in quei pazienti che si ritiene debbano essere ventilati per più di due settimane.

Una recente *Consensus Conference* ha definito « pazienti che richiedono ventilazione meccanica prolungata (VMP) » tutti quei soggetti che necessitano di ventilazione meccanica protratta per almeno sei

ore al giorno per un periodo di almeno ventuno giorni consecutivi. Benché questi pazienti rappresentino solo il 6 per cento di tutti i soggetti ventilati in TI, essi « consumano » il 37 per cento delle risorse complessive delle TI, considerato che il costo di un paziente in ventilazione meccanica è pari a circa 2.000 dollari al giorno.

Un recente studio multicentrico nord-americano, che ha incluso 1.419 pazienti che richiedono VMP, ha cercato di individuare le caratteristiche di questi soggetti al momento del trasferimento in strutture di riabilitazione per lo svezzamento dal ventilatore. I risultati dell'indagine evidenziano: 1) un'età media di 71 anni; 2) in circa due terzi dei casi presi in esame la diagnosi che aveva condotto questi pazienti ad essere ventilati era di tipo medico e solo in un terzo dei casi di tipo chirurgico (le principali diagnosi che hanno portato a dipendenza dal ventilatore sono riportate nella tabella 1 allegata); 3) al momento del trasferimento il 95 per cento dei pazienti erano tracheostomizzati; 4) la tracheotomia era stata effettuata in media quindici giorni dopo l'inizio della ventilazione meccanica; 5) i pazienti erano ventilati nel reparto di provenienza (nel 94 per cento dei casi TI e solo nel 4 per cento dei casi unità di sub-intensiva) in media da trenta-quattro giorni. Lo stesso studio ha evidenziato che la mortalità a un anno di questi pazienti era elevata, e si attestava intorno al 63 per cento dei casi.

Secondo le raccomandazioni della *Consensus Conference* del 1998 relativa ai pazienti ventilati alla dimissione dalla TI nell'individuare il luogo ideale dove curare i pazienti che richiedono VMP dovrebbero essere presi in considerazione non solo i costi di trattamento, ma soprattutto l'idoneità a prestare le cure necessarie al singolo paziente. Pertanto, se si considerano gli elevati costi di gestione dei pazienti nei reparti di TI, la penuria di posti letto di TI, i maggiori rischi di complicanze legati alla permanenza in TI e la minor propensione di questi reparti a un approccio riabilitativo multidisciplinare diviene evidente che una delle priorità per consentire un *iter* terapeutico appropriato è rappresentata

dal tempestivo trasferimento di questi pazienti in idonee strutture al di fuori della TI.

Una recente *Consensus Conference* europea ha individuato due distinte tipologie di reparti dove dovrebbero essere trasferiti i pazienti che richiedono VMP: 1) unità di terapia semi-intensiva, ubicate all'interno degli ospedali deputati alla cura dei pazienti acuti; 2) centri regionali di riabilitazione respiratoria per lo svezzamento dal ventilatore, esterni agli ospedali per acuti, deputati a ricevere da questi ospedali i pazienti che necessitano di VMP.

Il trasferimento dei pazienti in VMP in queste strutture a minore intensità di cure, ma a maggior livello di specializzazione per quanto concerne lo svezzamento dal ventilatore e la riabilitazione consentirebbe:

a) di ridurre i costi relativi ai ricoveri prolungati in TI che spesso sovrastano in modo sostanziale il rimborso ottenuto sulla base dei *Diagnosis Related Group* (DRG), concorrendo in questo modo ad aggravare il deficit delle aziende ospedaliere (il ricovero dei pazienti che richiedono VMP in reparti a minore intensità di cure comporta minori costi);

b) di utilizzare i letti di TI occupati per settimane o mesi dai pazienti richiedenti VMP per il ricovero di altri soggetti con maggior necessità di ricovero in TI, migliorando così il flusso dei pazienti dai dipartimenti di emergenza, dalle sale operatorie e dai reparti di medicina;

c) di aumentare le probabilità di svezzamento dei pazienti che richiedono VMP con il supporto di strutture dedicate alla riabilitazione. Un recente studio americano ha evidenziato che le percentuali di svezzamento dal ventilatore di questi pazienti quando trattati al di fuori delle TI sono comprese tra il 42 e l'83 per cento, poiché in questo caso i pazienti si possono avvantaggiare della maggior disponibilità di personale addestrato ed esperto nella cura delle loro peculiari problematiche (medici specialisti, fisioterapisti motori e respiratori, nutrizionisti, logopedisti, psicologi eccetera).

Negli anni sono stati identificati e codificati i criteri secondo i quali un paziente che richieda VMP può essere considerato dimissibile dalla TI: in presenza di stabilità delle condizioni cliniche, quando venga meno la necessità di monitoraggio e di trattamento intensivo per la risoluzione dello stato critico e il miglioramento della patologia che ha determinato il ricovero e quando coesistono tutti i criteri elencati nella tabella 2 allegata.

Poiché di solito sono necessari dai sette ai quindici giorni per trasferire questi pazienti dalla TI a unità idonee allo svezzamento, sarebbe opportuno prendere in considerazione il luogo del successivo trasferimento sin da quando si programma la tracheotomia.

Da quanto sopra esposto si evince con chiarezza che i reparti di TI non rappresentano il luogo ideale dove trattare in modo ottimale questi pazienti e che il loro trasferimento in reparti più idonei alle loro esigenze di cura migliorerebbe la loro assistenza e la loro qualità di vita riducendo al contempo i costi relativi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia ad oggi la maggior parte dei pazienti che richiedono VMP restano ancora ricoverati a lungo in TI a causa della limitata disponibilità di posti letto in strutture idonee ad accoglierli.

Se, come dalle succitate premesse, i reparti di TI non rappresentano il luogo ideale dove trattare in modo ottimale i pazienti con VMP e devono essere individuate altre strutture più idonee alle loro esigenze di cura, occorre in primo luogo identificare, individuare e definire:

1) quanti posti letto di TI sono « impropriamente » occupati da parte dei pazienti che necessitano di VMP e potrebbero essere trasferiti in unità a minore intensità di cure;

2) quali sono le caratteristiche anagrafiche e cliniche di questi soggetti;

3) quali sono le motivazioni per le quali questi pazienti rimangono impropriamente ricoverati in TI.

L'inchiesta dovrebbe essere ad ampio raggio e coinvolgere tutto il territorio na-

zionale consentendo così di realizzare una « fotografia », la più completa possibile, su questo tema « negletto » nel nostro Paese, costituendo la premessa indispensabile per eventuali interventi strutturali e organizzativi in relazione a questi pazienti.

Perché l'indagine possa essere effettuata in un « ragionevole » periodo di tempo ma

permetta al contempo di ottenere dati uniformi su tutto il territorio, potrebbe essere svolta mediante la compilazione da parte dei reparti di TI di uno specifico questionario mirato a identificare il tasso di occupazione dei letti di TI da parte di pazienti che necessitano di VMP in un giorno campione.

Tabella 1

| Diagnosi che hanno portato alla dipendenza dal ventilatore       | Numero pazienti |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Polmonite non da inalazione                                   | 315             |
| 2. Riaccutizzazione di broncopneumopatia cronica senza polmonite | 184             |
| 3. <i>By pass</i> coronarico (*)                                 | 167             |
| 4. Polmonite da inalazione                                       | 138             |
| 5. Scompenso cardiaco acuto                                      | 129             |
| 6. <i>Shock</i> settico                                          | 105             |
| 7. Trauma cranico con o senza poli-trauma                        | 89              |
| 8. Chirurgia gastroenterica non tumorale (*)                     | 88              |
| 9. Sepsi senza <i>shock</i>                                      | 78              |
| 10. Ictus ischemico o emorragico                                 | 77              |
| 11. Sostituzione valvola cardiaca (*)                            | 76              |
| 12. Rianimazione cardiopolmonare                                 | 74              |
| 13. Atelettasia                                                  | 67              |
| 14. ARDS                                                         | 65              |
| 15. Insufficienza renale acuta                                   | 65              |
| 16. Emorragia gastro-enterica                                    | 47              |
| 17. Infarto miocardico acuto o angina instabile                  | 48              |
| 18. Pneumotorace                                                 | 36              |
| 19. Chirurgia ortopedica (*)                                     | 34              |
| 20. Trauma toracico                                              | 33              |
| 21. Craniotomia non per neoplasia (*)                            | 33              |
| 22. Patologia neuromuscolare                                     | 27              |
| 23. Intervento di riparazione rottura aorta addominale (*)       | 27              |
| 24. Chirurgia gastro-enterica per neoplasia (*)                  | 25              |
| 25. Resezione polmonare per neoplasia (*)                        | 21              |
| 26. Dissezione aortica (*)                                       | 18              |
| 27. Embolia polmonare                                            | 18              |
| 28. Sindrome di Guillain Barré                                   | 17              |
| 29. Chirurgia epatobiliare (*)                                   | 15              |
| 30. Interventi di <i>bypass</i> su arterie periferiche (*)       | 11              |

(\*) Cause chirurgiche

Tabella 2

1. Assenza di coma oppure in caso di coma: situazione stabile, non in fase evolutiva
2. Vie aeree pervie con minimo rischio di inalazione con o senza tracheotomia
3. Capacità di espettorare le secrezioni spontaneamente o con assistenza anche strumentale (tosse assistita, tracheoaspirazione)
4. In caso di tracheotomia/tracheostomia:
  - a) « stomia » consolidata
  - b) assenza di complicazioni legate allo stoma (sanguinamento, stenosi)
  - c) primo cambio cannula già effettuato
  - d) saturazione stabile anche durante le aspirazioni tracheali ed il cambio cannula
5. Assenza di episodi di dispnea severa o desaturazione
6. Adeguata ossigenazione con stabilità di  $\text{FiO}_2$
7. Settaggio stabile del ventilatore senza necessità di elevati livelli di  $\text{FiO}_2$  o PEEP ( $\text{PaO}_2 > 60$  mmHg con  $\text{FiO}_2 \leq 0.6$  con  $\text{PEEP} \leq 10$  cmH<sub>2</sub>O)
8. Stabilità della *compliance* del sistema respiratorio e delle resistenze delle vie aeree (variazione in corso di ventilazione con modalità volumetrica della pressione di picco  $< 5$  cmH<sub>2</sub>O eccetto che durante la tosse)
9. Stabilità emodinamica senza necessità di monitoraggi emodinamici invasivi
10. Assenza di aritmie non controllate o scompenso cardiaco non controllato
11. Funzione renale e bilancio acido-base stabile o trattamento dialitico in corso
12. Programma nutrizionale adeguato e, preferibilmente, per via enterale
13. Terapia medica stabile: piano terapeutico impostato, che non richieda frequenti aggiustamenti e che possa essere gestito anche nel reparto di destinazione
14. La terapia medica dovrebbe essere la più semplice possibile, sostituendo dove possibile la terapia orale alla terapia EV; se è necessaria terapia EV, un catetere a permanenza dovrebbe già essere stato posizionato.
15. Sepsì trattata e controllata dalla terapia.
16. Assenza di emorragie non controllate.

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

### ART. 1

*(Istituzione e compiti).*

1. È istituita, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare di inchiesta con il compito di accertare la situazione dei pazienti, ricoverati in reparti di terapia intensiva, in stato di dipendenza cronica da trattamenti di ventilazione meccanica, di seguito denominata « Commissione ».

2. La Commissione ha il compito di accertare:

a) quanti posti letto di terapia intensiva sono impropriamente occupati da parte dei pazienti che necessitano di ventilazione meccanica prolungata e potrebbero essere trasferiti in unità a minore intensità di cure;

b) quali sono le caratteristiche anagrafiche e cliniche di questi soggetti;

c) quali sono le motivazioni per le quali questi pazienti rimangono impropriamente ricoverati in terapia intensiva.

3. La Commissione valuta e se del caso propone eventuali interventi strutturali e organizzativi in relazione ai pazienti di cui al comma 1.

### ART. 2

*(Composizione, organizzazione, durata).*

1. La Commissione è composta da dieci deputati, scelti dal Presidente della Camera dei deputati, in proporzione al numero dei componenti i gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappre-

sentante per ciascun gruppo costituito presso la Camera dei deputati.

2. Il Presidente della Camera dei deputati convoca la Commissione per la costituzione dell'Ufficio di presidenza entro dieci giorni dalla nomina dei suoi componenti.

3. La Commissione nella prima seduta elegge al proprio interno il presidente, un vicepresidente e un segretario.

4. Per l'elezione, rispettivamente, del vicepresidente e del segretario, in caso di parità di voti, è proclamato eletto il componente con maggiore anzianità parlamentare.

5. La Commissione conclude i propri lavori entro sei mesi dalla data della sua costituzione; il termine può essere prorogato, per una sola volta, per non più di tre mesi, dal Presidente della Camera dei deputati su motivata richiesta della Commissione stessa.

6. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno approvato dalla Commissione stessa prima dell'inizio dei lavori a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

7. Ciascun componente può proporre la modifica delle norme regolamentari.

8. La Commissione può organizzare i propri lavori anche attraverso uno o più comitati, istituiti ai sensi del regolamento di cui al comma 1.

9. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e di ufficiali di polizia giudiziaria e di tutte le collaborazioni e consulenze che ritiene necessarie.

10. Per l'espletamento delle sue funzioni la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente della Camera dei deputati.

11. Le spese per il funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite massimo di 20.000 euro e sono poste a carico del bilancio interno della Camera dei deputati.

12. La Commissione conclude i propri lavori entro sei mesi dalla sua costituzione, presentando alla Camera dei deputati una relazione sull'attività svolta e sui risultati dell'inchiesta.

## ART. 3

*(Acquisizione di testimonianze,  
atti e documenti).*

1. La Commissione procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria.

2. La Commissione può avvalersi, nell'ambito della propria autonomia, anche di valutazione scientifica, di ricerche e di studi delle associazioni ritenute in grado di offrire utili contributi, nonché degli enti e dei soggetti privati e pubblici che hanno svolto studi e ricerche o raccolto documentazioni, anche inedite, sui fatti oggetto dell'inchiesta parlamentare.

3. La Commissione può ottenere altresì copie di atti e documenti relativi a procedimenti e inchieste in corso presso l'autorità giudiziaria o altri organismi inquirenti, nonché copie di atti e documenti relativi a indagini e inchieste parlamentari, anche se coperti da segreto. In tale ultimo caso la Commissione garantisce il mantenimento del regime di segretezza.

4. Per le testimonianze davanti alla Commissione si applicano le disposizioni degli articoli da 366 a 384-*bis* del codice penale.

5. La Commissione stabilisce quali atti e documenti non devono essere divulgati, anche in relazione ad esigenze attinenti ad altre istruttorie o inchieste in corso.

## ART. 4

*(Obbligo del segreto).*

1. I componenti della Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta oppure ne viene a conoscenza per ragioni di ufficio o di servizio sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda gli atti e i documenti di cui all'articolo 3, commi 3 e 5.