

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

26° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 26 NOVEMBRE 1998

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

**I N D I C E****Sui recenti sopralluoghi effettuati dalla Commissione d'inchiesta**

PRESIDENTE . . . . .Pag. 3 |

**Seguito dell'esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118» e su altri servizi similari**

**Audizione del dottor Oreste Brusori, direttore area della programmazione dell'agenzia regionale della sanità (regione Friuli-Venezia Giulia); del dottor Angelantonio Ventrella, dirigente coordinatore del settore sanità (regione Puglia); del professor Ubaldo Mengozzi, presidente della società italiana della medicina di pronto soccorso; del professor Franco Perraro, presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 4, 8 e passim	<b>BRUSORI</b> . . . . .	Pag. 4
BERNASCONI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	18	<b>MENGOZZI</b> . . . . .	8
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	20	<b>PERRARO</b> . . . . .	14
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	4, 21	<b>VENTRELLA</b> . . . . .	6
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	22		

*Intervengono il dottor Oreste Brusori, direttore area della programmazione dell'agenzia regionale della sanità (regione Friuli-Venezia Giulia); il dottor Angelantonio Ventrella, dirigente coordinatore del settore sanità (regione Puglia); il professor Ubaldo Mengozzi, presidente della società italiana della medicina di pronto soccorso; il professor Franco Perraro, presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,15.*

#### **Sui recenti sopralluoghi effettuati dalla Commissione d'inchiesta**

PRESIDENTE. Comunico che dall'ultima seduta di questa Commissione, che ha avuto luogo il 12 novembre scorso, delegazioni della Commissione medesima hanno effettuato sopralluoghi, il 12 novembre 1998, all'ospedale Sant'Andrea di Roma, nell'ambito dell'inchiesta sugli ospedali incompiuti, il 17 novembre 1998, all'ospedale Maggiore di Milano, che è un istituto ricovero e cura a carattere scientifico, nell'ambito di un'inchiesta riguardante specificamente tale tipo di istituti, e il 24 e il 25 novembre 1998 ad altre strutture sanitarie incompiute della regione Lazio.

Comunico, inoltre, che il sopralluogo all'ospedale San Matteo di Pavia (anch'esso istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), programmato per il 1° dicembre 1998, è stato rinviato a causa degli impegni parlamentari connessi con l'esame dei documenti finanziari e di bilancio per l'anno 1999.

Comunico, infine, che siamo ancora in attesa di una conferma dell'audizione del ministro Bindi sul rapporto, ai fini della formazione, tra ospedali, università e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

#### **Seguito dell'esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118» e su altri servizi similari**

**Audizione del dottor Oreste Brusori, direttore area della programmazione dell'agenzia regionale della sanità (regione Friuli-Venezia Giulia); del dottor Angelantonio Ventrella, dirigente coordinatore del settore sanità (regione Puglia); del professor Ubaldo Mengozzi, presidente della società italiana della medicina di pronto soccorso; del professor Franco Perraro, presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118» e su altri servizi similari. Reca altresì l'audizione del dottor Oreste

Brusori, direttore area della programmazione dell'agenzia regionale della sanità (che interviene in luogo dell'assessore alla sanità della regione autonoma Friuli-Venezia Giulia); del dottor Angelantonio Ventrella, dirigente coordinatore del settore sanità (che interviene in luogo dell'assessore alla sanità della regione Puglia); del professor Ubaldo Mengozzi, presidente della società italiana della medicina di pronto soccorso; del professor Franco Perraro, presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità.

Prima di dare la parola al senatore De Anna, incaricato di redigere la relazione sopra citata, per una breve introduzione, nonché ai nostri ospiti, vorrei far presente che con gli interventi che seguiranno le esposizioni degli esperti oggi invitati potranno recare il loro contributo all'esame della relazione stessa anche i commissari non intervenuti nella seduta del 29 luglio scorso, così come peraltro previsto nella seduta del 16 settembre. Sarà così esaurita la serie degli interventi sulla relazione.

DE ANNA. Signor Presidente, colleghi senatori, graditi ospiti, come già preannunciato dal Presidente intervengo solo per una breve introduzione.

Tempo fa la Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario aveva affidato ad alcuni senatori – tra cui chi vi parla – il compito di condurre un'indagine per verificare lo stato di attuazione dei servizi di emergenza in Italia.

Il lavoro è stato compiuto in collaborazione con diversi Gruppi ed è stata già redatta una relazione preliminare che è stata consegnata alla Commissione.

Prima di concludere l'esame della relazione in via definitiva, mi è sembrato giusto ascoltare i rappresentanti delle diverse regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia per acquisire ulteriori informazioni circa lo stato di attuazione dei servizi di emergenza e per avere suggerimenti in ordine all'inserimento di eventuali aggiunte nella relazione definitiva al fine di sollecitare l'istituzione di questo servizio su tutto il territorio nazionale.

Ringrazio fin da ora i nostri ospiti per la loro collaborazione che si tradurrà in un importante contributo alla nostra comprensione della situazione e alla redazione di un rapporto che spero venga recepito dall'attuale Ministro affinché i servizi di emergenza siano omogeneamente distribuiti su tutto il territorio nazionale. Infatti, noi per primi, che abbiamo deciso di svolgere un'inchiesta su questo argomento, ci rendiamo conto che la situazione italiana presenta in questo ambito notevoli disparità e discrasie.

Ringrazio quindi gli intervenuti che rappresentano, ognuno per la propria parte, tutte le fasce territoriali italiane, il Nord, il Centro e il Sud.

PRESIDENTE. Do ora parola al dottor Oreste Brusori.

BRUSORI. Signor Presidente, ho preparato una modesta memoria sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza della nostra regione, evi-

denziando i problemi affrontati nel nuovo piano regionale che stiamo predisponendo in questi mesi.

La regione Friuli-Venezia Giulia ha approvato un piano di emergenza nel 1989 e dal 1990, in occasione dei mondiali di calcio, è stato attivato il numero unico regionale «118» per le chiamate di emergenza sanitaria a partire dalla città di Udine e progressivamente sono state istituite quattro centrali operative, una per ciascuna delle quattro province della nostra regione.

Da allora le centrali sono in grado di attivare i mezzi di trasporto e il personale di soccorso, di mantenere un costante contatto radiofonico e di indirizzare i mezzi sul luogo dell'evento e da qui verso l'ospedale più idoneo a garantire l'intervento sanitario conseguente all'evento verificatosi.

Dal 1992 a questo sistema si è aggiunto un servizio di elisoccorso, recentemente definito in un piano regionale approvato dalla giunta nel 1997.

Nella nota da me predisposta ho inserito i dati principali dell'attività che il complesso di questi servizi ha svolto nel 1997.

La distribuzione dei mezzi sul territorio segue le difficoltà orografiche di un'area complessa nonostante la regione sia piccola, con mezzi che partono sia da postazioni in punti strategici che dagli ospedali.

Il sistema ha un complesso di personale direttamente dedicato di circa 300 unità, che hanno seguito specifici corsi di formazione, e sono in grado quindi di prestare manovre salvavita sul paziente già sul luogo dell'evento e comunque sono sempre collegati con la centrale operativa. A questo personale del servizio sanitario regionale va poi aggiunto il personale delle varie croci di soccorso convenzionate, che operano comunque e sempre sotto il controllo della centrale operativa e integrano il complesso delle dotazioni pubbliche.

I tempi di intervento che attualmente abbiamo sono inferiori ai dieci minuti in aree urbane nel 90 per cento dei casi e inferiori ai 15 minuti in aree extraurbane nel 90 per cento dei casi. Questi tempi sono inferiori a quelli che il piano regionale a suo tempo aveva fissato. Nell'ultimo decennio questo servizio ha portato sicuramente anche a dei risultati di salute importanti in termini di diminuzione sia della mortalità da infarto miocardico acuto, sia soprattutto della mortalità preospedaliera e intraospedaliera da trauma grave, che è scesa da circa il 40 per cento al 24 per cento attuale.

Sono stati potenziati i servizi ospedalieri dedicati all'emergenza, attuando la legge regionale n. 13 del 1995 e il conseguente piano di intervento a medio termine 1995-1997, istituendo negli ospedali di rete, cioè nei piccoli ospedali, delle aree di emergenza in grado di trattare e medicare il paziente critico, incrementando in particolare le dotazioni di posti letto intensivi negli ospedali di secondo livello.

Dopo circa un decennio di attuazione del piano della emergenza sentiamo l'esigenza oggi di passare a problemi di «seconda generazione», nel senso che avendo una rete di servizi presente abbiamo il problema di elevarla soprattutto dal punto di vista qualitativo. In questo senso, anche per

adeguarci alle linee guida nazionali e alla normativa recente, stiamo predisponendo un piano regionale che affronta le seguenti problematiche: elevare la qualità dei servizi soprattutto in termini di garantire maggiore equità ed opportunità a tutti i cittadini a prescindere dalle aree geografiche della regione da dove giungono; affrontare la domanda con una risposta omogenea sulle 24 ore, nel senso che noi abbiamo un impegno in particolare nelle ore notturne e pensiamo di incrementare la presenza di personale medico, che oggi non è appunto presente in termini costanti sulle 24 ore e omogenei sul territorio regionale; garantire uno *standard* di servizio più omogeneo, e vorremmo partire con l'accreditamento, sia riferito al personale che opera su mezzi sia ai mezzi stessi; operare una maggiore distinzione organizzativa e operativa tra soccorso propriamente inteso e trasporto; sviluppare l'organizzazione dipartimentale, sia nel senso di avere dei dipartimenti orizzontali interaziendali, perché con l'aziendalizzazione indubbiamente si sono evidenziati aspetti di separatezza che possono nuocere a chi ha bisogno di avere una forte energia unitaria, e da questo punto di vista sentiamo anche l'esigenza di sviluppare maggiormente un coordinamento regionale, nel senso che, rispetto al momento di partenza, la presenza di quattro centrali e di quattro sottosistemi ha poi creato aspetti di separatezza che riteniamo vadano superati; infine, adeguare e completare il piano delle maxiemergenze, che solo in certi settori è presente e operante.

Per questo credo che, in termini tecnici, sia un po' più complesso l'insieme dei servizi che abbiamo in atto, ma nello stesso tempo anche delle problematiche che abbiamo presenti e che vorremmo appunto che questo piano che ci apprestiamo a varare cercasse di risolvere.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Brusori e do la parola al dottor Ventrella.

VENTRELLA. Signor Presidente, onorevoli senatori, la vicenda dell'emergenza in Puglia si sta ormai prolungando nel tempo, perché le precedenti amministrazioni non hanno avuto la possibilità di approntare e varare dei progetti validi. Solo grazie all'attuale amministrazione siamo riusciti a mandare in porto tre piani importanti (dico «mandare in porto» nel senso che stanno arrivando nell'aula del consiglio regionale, quindi dopo avere percorso tutti gli stadi, dalla giunta alla 3<sup>a</sup> commissione consiliare sanità): i piani sociosanitario per il triennio 1998-2000, di riordino della rete ospedaliera e per il servizio di emergenza «118». Inizialmente doveva essere prioritario il piano operativo del «118», ma ci sono state delle situazioni politiche per cui si è ritenuto – probabilmente in modo opportuno – di agganciare il piano di riordino e il piano sociosanitario al piano del «118», per l'organizzazione a rete che appunto prevede quest'ultimo.

Purtroppo in Puglia non ci sono iniziative avviate; nel Gargano, una zona particolare in cui la viabilità non è eccellente e c'è carenza di strutture ospedaliere e di mezzi di soccorso, piuttosto rari a trovarsi, si è av-

viato in via sperimentale un servizio di eliambulanza con l'Alidania, che effettua anche un servizio di trasporto civile per la tratta Gargano-isole Tremiti. Un'altra iniziativa sperimentale che sta raccogliendo buoni frutti riguarda il pronto soccorso di Fasano, che costituisce un banco di prova per tutta la tecnologia che ritroveremo nelle centrali operative.

Nel Salento una delle prime iniziative è stato l'avvio della cardiocirurgia presso l'azienda ospedaliera «Vito Fazzi» di Lecce. Inoltre, sempre in quella zona, stiamo avviando il discorso dell'emergenza trasporto su gomma – quindi, automezzi, autoambulanze di tipo B e ora pure di tipo A – prendendo in considerazione anche iniziative private, visto che è in battuta finale l'approvazione dei corsi di formazione per il personale, sia pure privato di volontariato e non, e altrettanto sta avvenendo in altre zone: oltre che nella Daunia anche nella province di Bari, Taranto e in particolare nella provincia di Lecce. Quindi, queste sono – purtroppo – le esperienze in corso nella regione Puglia ma stiamo cominciando ad imitare l'esperienza della regione Emilia Romagna anche nell'ambito delle progettazioni.

A nostro avviso, l'Emilia Romagna rappresenta il pioniere nell'organizzazione dell'emergenza, mentre la Puglia, insieme alle regioni Emilia Romagna, Lazio, Veneto e Piemonte, ha contribuito ad elaborare il documento che si è poi tradotto nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

In Puglia si è parlato di emergenza fin dal 1987, nell'ambito del cosiddetto Suem, servizio d'urgenza ed emergenza medica, ma purtroppo il progetto è naufragato per carenza di fondi; l'assessorato alla sanità della regione ha sempre sofferto della carenza delle assegnazioni di fondi in conto capitale da parte dell'amministrazione centrale e ancora ne soffre. Infatti, devo segnalare che, nonostante la Puglia abbia una popolazione quasi equivalente a quella dell'Emilia Romagna, con l'ultimo stanziamento di fondi percepisce dallo Stato un'assegnazione di risorse *pro capite* inferiore di 400 miliardi.

La regione Puglia auspica, quindi, quanto meno una certa parità nelle assegnazioni dei fondi che potrebbero permettere di realizzare questo progetto operativo – il cui testo consegnerò agli atti della Presidenza – deliberato e trasmesso al consiglio regionale. Tale progetto raccoglie le esperienze vissute dalla regione Puglia e da altre regioni, come l'Emilia Romagna, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e, non ultima, il Trentino-Alto Adige, e quindi la provincia di Trento in particolare.

Vorrei brevemente illustrare i tratti salienti del progetto operativo, tralasciando la parte dottrinale che disegna tutti i passaggi del piano, dal decreto del Presidente della Repubblica fino alle linee guida tracciate dalla Conferenza Stato-regioni nel 1996.

Pur di dare avvio al nuovo sistema, ci siamo permessi di proporre in consiglio regionale un progetto operativo che prevedesse non solo punti fissi di primo intervento ospedaliero e territoriale ma anche punti mobili di primo intervento, come le autoambulanze pubbliche, ancora insufficienti e scarse, e le autoambulanze di tipo A messe a disposizione dal vo-

lontariato e dalle iniziative private; si prevedono poi punti mobili per gli eventi di massa (partite di calcio, fiere o altro).

Un elemento di rilievo è rappresentato dalla Mediacard, la carta sanitaria nazionale, oggi in fase di sperimentazione. Ci siamo permessi di predisporre tutto quanto è necessario per agevolare il paziente nell'approccio all'intervento di soccorso e di emergenza. La regione Puglia, infatti, dota ciascun assistito della Mediacard nella quale sono riportati i dati anagrafici del soggetto, i recapiti telefonici utili in caso di bisogno, il gruppo sanguigno e le principali patologie di cui soffre.

Un altro aspetto importante da sottolineare è l'avvio, dopo l'approvazione da parte del consiglio regionale – speriamo in breve tempo –, di corsi di addestramento BIs, che si svolgono secondo tre livelli di preparazione, e di corsi di addestramento Als che prevedono la formazione dei veri tecnici medici di emergenza.

Inoltre, nel progetto sono state presentate le future dotazioni della centrale operativa nell'ambito della fonìa, dell'informatica e dei collegamenti di trasporto affidati all'intervento della Telecom.

In questo progetto operativo si prevedono naturalmente convenzioni con le associazioni di volontariato e, se possibile, anche con i privati, e convenzioni per le eliambulanze. Inoltre, si prevede l'integrazione delle attrezzature di soccorso e di pronto soccorso, posti letto di terapia intensiva, che includono la terapia coronarica e quelle Utic e Utin. La realizzazione di questo progetto prevede un costo alquanto rilevante che ammonta a circa 200 miliardi.

Rispetto all'attuale gestione delle ASL e delle aziende ospedaliere, la regione Puglia è ancora in disavanzo; pertanto, auspichiamo che il Governo, con la prossima assegnazione, provveda a rimetterci in carreggiata e al pari delle altre regioni.

In ultimo, intendiamo affidare questo progetto operativo all'Agenzia dei servizi sanitari che ha sede in Roma, in modo tale da ottenere fondi in conto capitale o investimenti sia pure comunitari – ove possibile – per rendere possibile il suo avvio.

**PRESIDENTE.** La ringrazio, dottor Ventrella, per la completezza della sua esposizione e per la sua relazione.

Do la parola al professor Mengozzi, presidente della società italiana della medicina di pronto soccorso.

**MENGOZZI.** Ringrazio la Commissione per l'invito a riferire sull'esperienza maturata in trent'anni di attività di pronto soccorso e ad illustrare la realtà di 350 servizi italiani.

Nel 1985 ho promosso un censimento nazionale delle strutture e della organizzazione dei servizi di pronto soccorso e medicina d'urgenza e degli accessi a tali servizi. Da questa indagine risultò che 16 milioni e 800 mila italiani avevano utilizzato le nostre strutture. Lo stesso censimento, ripetuto nel 1997, tuttora in corso e aggiornato alle ultime schede ricevute, ha messo in luce un dato molto preoccupante: ogni anno, sono 40 milioni



gli utenti del pronto soccorso, con un incremento annuo, che appare inarrestabile, del 7-8 per cento. Questi dati, risultati da una popolazione sondata pari a 13 milioni e 800 mila, sono stati poi estesi a tutta la popolazione italiana. Se, come tutto lascia prevedere, la tendenza sarà confermata o accentuata per il 2000, sono previsti 50 milioni di accessi.

Nel documento che ho trasmesso alla Presidenza è allegata la tabella che riporta regione per regione la percentuale di accessi e il materiale e il metodo utilizzati dal sondaggio. La regione che ha risposto con maggior celerità e accuratezza di dati è stata la Puglia, viceversa la Campania si è mostrata totalmente assente e insondabile.

Attraverso le 404 schede ricevute abbiamo registrato 250 servizi di pronto soccorso con organico medico autonomo, 66 con organico semiautonomo (vale a dire l'organico è in parte autonomo e in parte integrato dai medici di reparto), 88 servizi sono gestiti a rotazione da tutti i medici dell'ospedale.

In alcune regioni (Emilia Romagna, Veneto) i servizi di pronto soccorso hanno raggiunto elevati *standard* di efficienza. In Emilia Romagna sono 400 i posti letto di medicina d'urgenza alcuni dei quali monitorati per la terapia subintensiva. E la tendenza è quella di ridurre i posti letto nei reparti e di rinforzare la degenza in pronto soccorso allo scopo di arrivare a una riduzione dei ricoveri attraverso una selezione protetta delle richieste.

I primari di pronto soccorso. Purtroppo numerosi servizi non hanno ancora né un primario né un responsabile ma solo un manipolo di medici demotivati e abbandonati a se stessi. In un pronto soccorso è primario il direttore sanitario. Altri sono stati dati in affidamento nominale ai primari di medicina o chirurgia, i quali non hanno mai messo piede, né mettono piede in pronto soccorso.

In molte altre sedi è diventato primario, non il medico dell'urgenza che vantava anni e anni di preziosa esperienza, ma l'aiuto della medicina, della cardiologia, della chirurgia, della gastroenterologia, eccetera, che non aveva mai coperto un solo turno in pronto soccorso.

Il pronto soccorso troppo spesso è stato usato come reparto *jolly* dell'ospedale a disposizione di operazioni di potere finalizzate a premiare o rimuovere medici dei reparti di degenza.

Fatto sì è che questi primari, senza alcuna esperienza nel settore dell'urgenza, hanno piegato questo servizio alla propria cultura e alle proprie esigenze e, grazie alla posizione privilegiata, lo hanno strumentalizzato per sviluppare la propria professione privata a danno dei colleghi.

Questo mercato ha abbassato i livelli culturali del servizio.

In Italia sono circa 500 gli ospedali che affidano il pronto soccorso alla rotazione di tutti i medici di reparto. In questi servizi è stata registrata anche la presenza di psichiatri, dentisti, radiologi, dermatologi, oculisti e perfino di medici di laboratorio. Questo sistema senza la cultura dell'urgenza è responsabile di molti casi di cosiddetta malasànità.

Famosissimi luoghi di villeggiatura sono dotati di servizi specialistici (ad esempio, ortopedici) ma non di pronto soccorso affidabili e degni di questo nome.

I medici dei reparti di oculistica e otorino dell'ospedale Celesia di Genova costretti a svolgere attività di pronto soccorso generale, con molta onestà professionale, hanno denunciato al pretore del lavoro dottor Guido Zavanone e all'ordine dei medici le loro carenze professionali e la loro impreparazione per affrontare un'attività così complessa e importante come quella che gli veniva imposta.

La disorganizzazione e il caos esistenti nei pronto soccorso italiani sono dovuti al fatto che nel nostro paese non esiste la disciplina e la specializzazione in medicina d'urgenza presente in tutte le nazioni più progredite. Mancano cioè gli strumenti indispensabili per elevare ed uniformare la cultura dell'urgenza in tutto il territorio nazionale.

Senza incentivi culturali e di carriera, costretti a turni massacranti, esposti agli strali della giustizia i medici abbandonano il servizio per rifugiarsi nei più tranquilli e comodi reparti di degenza.

Dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione. Sulla carta risulta che 94 ospedali hanno costituito i Dea, molti di questi però non ne riportano la composizione. Il quadro generale può essere così riassunto: la stragrande maggioranza degli ospedali italiani è senza Dea; fra coloro che lo hanno costituito sono pochi quelli che lo mettono veramente in pratica secondo i criteri ufficiali e moderni; la composizione è quanto mai variegata. Tutto ciò sta a dimostrare o che non è ancora ben chiara l'idea dipartimentale o che a vincere sono, non i reparti chiave dell'urgenza, ma i reparti più forti di questo o di quell'ospedale. Lo stesso discorso vale per la direzione dipartimentale. I corporativismi di settore e personali sono forti e dominanti.

In conclusione la proposta dipartimentale in Italia trova molte resistenze, molte interpretazioni soggettive e poche pratiche realizzazioni tanto da giustificare il sospetto che il Dea in Italia non esiste.

Altro fattore che alimenta grandemente la malasanità è la distanza che separa gli ospedali dalle alte specialità. Questi centri sono maldistribuiti nel territorio nazionale. Accanto a regioni ricche e superservite vi sono regioni del Sud molto penalizzate. La Basilicata è la regione più povera sotto tutti gli aspetti organizzativi. Nel Sud, da molti ospedali si devono percorrere anche 400 chilometri per raggiungere, con ammalati altamente critici, questi centri.

Per quanto riguarda i flussi al pronto soccorso c'è da sottolineare il fenomeno molto preoccupante degli accessi diretti. Il 65-70 per cento dei cittadini si presenta spontaneamente e direttamente al nostro servizio senza aver prima consultato il medico di famiglia. D'altra parte il pronto soccorso non è nelle condizioni di poter negare niente a nessuno in quanto il più lieve dei disturbi può nascondere la più grave delle malattie. Il cittadino ha trovato la via più breve per ottenere tutto subito e senza *tickets*. A Forlì, città di 100 mila abitanti, dove il *ticket* è applicato nella misura di 25 mila lire per la sola visita e di 50 mila lire comprensivo di tutti gli

esami correlati, si realizza un milione di lire al giorno. La percentuale dei paganti è del 25-26 per cento.

Questo abnorme e patologico afflusso verso l'ospedale insieme a questa caotica modalità di accesso spontaneo senza limiti e senza regole si presta a importanti riflessioni.

Il nostro sistema sanitario tripolare fondato sul medico di famiglia, sui poliambulatori e sull'ospedale, nato con il lodevole obiettivo di privilegiare la medicina del territorio, in pratica non esiste più. Solo il 20-25 per cento della popolazione segue ancora questo percorso, tutti gli altri hanno stabilito un rapporto diretto con l'ospedale o con il privato. Il medico di famiglia non riesce più a controllare i propri assistiti. Il 75-80 per cento dei cittadini si autogestisce la salute.

L'indagine dimostra chiaramente che il sistema sanitario non si è allineato con il grande processo di trasformazione in atto nel nostro paese.

In una società come la nostra informata e partecipe dei grandi progressi della medicina, il cittadino del 2000 ossessionato dalla paura dell'infarto e del tumore, sul quale pende un sospetto diagnostico, non accetta più di essere sbattuto da un ambulatorio all'altro, da uno specialista all'altro, per settimane e mesi (sindrome di Ulisse) nella ansiosa angoscia di una visita, di un esame, di un referto, di una conclusione diagnostica-terapeutica.

Per superare la latitanza, le lungaggini burocratiche del sistema e la perdita di giornate lavorative, 40 milioni di persone si sono dati un nuovo modello sanitario più snello, più aderente alle esigenze della vita moderna, modello che non è stato né istituzionalizzato né regolamentato né organizzato ma che sta rivoluzionando l'intero sistema sanitario attraverso il massiccio afflusso diretto dei cittadini al pronto soccorso.

Questo caotico utilizzo delle strutture sanitarie porta all'anarchia e allo spreco in quanto lo Stato paga due volte il 50 per cento delle prestazioni di pronto soccorso che sarebbero di stretta competenza del medico di famiglia.

Il pronto soccorso subisce la grande crisi della medicina del territorio per le seguenti ragioni: il trionfo di una medicina sempre più tecnologica e specialistica immediatamente reperibile e attivabile negli ospedali attrezzati; il fallimento dei poliambulatori extraospedalieri che cadono nel ridicolo di offrire esami e consulenze anche urgenti alla distanza di settimane e mesi; la terza età, sempre più avanzata con gli anni, con tutti i problemi crescenti di natura traumatica (turbe dell'equilibrio e della deambulazione), morbosa (malattie cardio-vascolari) e sociali (solitudine, abbandono); le frequenti riacutizzazioni delle sempre più numerose malattie oggi cronicizzabili grazie alle tecniche invasive e ai farmaci; la latitanza, l'assenteismo, la deresponsabilizzazione, la demoralizzazione di frange sempre più cospicue di medici di famiglia (vedi il grande buco nero del sabato mattina e spesso del venerdì pomeriggio); il consumismo sanitario, enfatizzato attraverso i *media* da una pseudo educazione sanitaria, che alimenta una gestione tecnocratica della medicina e l'uso di strumentazioni sofisticate anche per malattie banali; il numero sempre crescente di extra-

comunitari, il cui unico punto di riferimento sanitario è rappresentato dal pronto soccorso.

Gli extracomunitari, a seconda delle aree, rappresentano circa l'8-10 per cento di tutti gli accessi. Sono queste le principali cause della centralizzazione e della ospedalizzazione di tutta l'assistenza sanitaria.

Quali le conseguenze? E' in crisi l'ospedale minore inevitabilmente destinato alla geriatrizzazione, in quanto non può permettersi gli alti costi, né la gestione di una medicina sempre più tecnologica per bacini di utenza sempre più limitati.

Sono in crisi i poliambulatori extraospedalieri, veri responsabili del fallimento della medicina del territorio.

È in crisi il cittadino che, nel suo *iter* da un ambulatorio all'altro, da un esame all'altro, da uno specialista all'altro, accumula un pacco di referti e innumerevoli piccoli frammenti di pareri senza un giudizio conclusivo vero e proprio. Molti disturbi senza la diagnosi esasperano l'ansia, producono malattie psicosomatiche e costringono all'autodiagnosi il paziente che entra nel circolo vizioso dell'ipocondria.

La cultura dell'urgenza in Italia è in forte ritardo e alterata da equivoci di fondo.

Da circa trent'anni nel nostro paese sono stati istituiti e funzionano i reparti di terapia intensiva (rianimazione e unità coronarica), ritenuti più che sufficienti insieme alla chirurgia d'urgenza per affrontare la globalità delle urgenze.

La pratica e le statistiche dimostrano il contrario e ci dicono che l'indice di errore nelle grandi patologie responsabili delle morti improvvise e della stragrande maggioranza dei casi di malasanità è tuttora elevatissimo: 70 per cento embolia polmonare, 70 per cento dissezione aortica, 25 per cento infarto del miocardio nel maschio, 38 per cento nella donna, 50-60 per cento pericardite.

Tutte queste sconfitte per la semplice ragione che da trent'anni ci siamo dotati dei reparti del «dopo», ossia delle terapie intensive, ma non ci siamo mai preoccupati di creare e di sviluppare la medicina del «prima», ossia la medicina che ha il compito di fare la diagnosi d'urgenza, selezionare, ricoverare o dimettere gli ammalati. In tutti i paesi più avanzati, nel sistema delle urgenze, operano quattro distinte figure professionali: il cardiologo, l'anestesista rianimatore, il chirurgo d'urgenza, il medico dell'*emergency medicine* per il pronto soccorso.

Il ritardo che in Italia registra la medicina d'urgenza è legato ad ostacoli di varia natura e a chi ha tentato di far credere che rianimazione e medicina d'urgenza siano la stessa cosa, ossia discipline sovrapponibili e interscambiabili. Niente di tutto questo. Queste due discipline, come tutte quelle che operano nell'area dell'urgenza, devono avere come minimo comun denominatore una perfetta conoscenza delle manovre di rianimazione cardiopolmonare avanzata (manovre che in Usa sono praticate con grande destrezza dai vigili del fuoco e dagli infermieri). Al di là di quelle, la cultura e i compiti sono diametralmente opposti nel senso che l'anestesista-rianimatore come fisiopatologo (tale è la dizione nei paesi an-

glosassoni) si interessa dei problemi della terapia intensiva, viceversa il medico d'urgenza è un clinico. In pronto soccorso entrano non delle malattie, non l'infarto, non l'embolia polmonare, ma dei sintomi che devono essere trasformati in diagnosi specifiche attraverso la selezione di un *mix* di patologie quanto mai vario (urgenze vere, *borderline*, soggettive, mascherate) di difficile e impegnativa discriminazione.

Il medico d'urgenza rappresenta un investimento economico e culturale. Infatti ricoveri propri o impropri, dimissioni proprie o improprie da parte di questo medico che tratta 40 milioni di persone in pronto soccorso danno la dimensione del ruolo chiave e determinante che ha assunto nel campo dell'economia sanitaria globale e della corretta assistenza sanitaria.

Ora vorrei affrontare il problema delle vie culturali dell'urgenza. In tutti i paesi più avanzati la *emergency medicine* (medicina d'urgenza) è una vera e propria specialità con corsi della durata di cinque anni in Canada e in Australia. Nel Regno unito questa disciplina è denominata *accidents emergency medicine*.

Negli Usa i medici di pronto soccorso devono seguire un corso di quattro anni, ma per alimentare l'addestramento devono aver trattato in un anno almeno 1.000 casi urgenti importanti tipo politrauma, infarti del miocardio, *ictus* cerebrali e ogni cinque anni è obbligatoria una verifica delle conoscenze.

In Europa da qualche anno è sorta la società europea di *emergency medicine* che proprio quest'anno ha tenuto il congresso in Italia. L'Italia vanta un primato in questo settore.

Pochi sanno che nel 1971 a Chieti è stata fondata la prima scuola al mondo in medicina di pronto soccorso della durata di tre anni con programmi a carattere pluridisciplinare letteralmente fotocopiati, due anni dopo, dalle prime scuole nate negli Usa (dove oggi sono presenti 160 scuole di *emergency medicine*, una ogni milione e mezzo di abitanti). Proportionalmente l'Italia dovrebbe avere, in rapporto alla popolazione, non meno di 33-34 scuole uguali a quella di Chieti.

La medicina di pronto soccorso deve diventare il fiore all'occhiello della sanità pubblica per queste ragioni: l'urgenza è vincolante; l'ammalato non urgente ha tutto il tempo e la libertà di scegliere il medico, l'ospedale, la città e perfino la nazione dove farsi curare; l'ammalato urgente è un soggetto passivo nelle mani degli altri e nella sede dove accade l'evento. Proprio nel momento più importante e a volte decisivo della sua esistenza si trova nella impossibilità fisica e a volte psichica di fare delle scelte ed è costretto ad accettare supinamente il soccorso che in quel momento e in quel luogo passa il convento. E per la stessa malattia o lesione a seconda della organizzazione locale si può andare incontro alla salvezza o all'*exitus*. In altri termini la battaglia per la vita si combatte, si perde o si vince sul luogo dell'evento.

L'urgenza non rende o se rende ha dei costi che sono insostenibili per le classi meno abbienti. Per difendere il più elementare e primordiale principio di giustizia che attiene alla salute e per non cadere nell'inciviltà di

chi pretende prima del soccorso la carta di credito, si può privatizzare tutto fuorchè l'urgenza.

Nel 1990 la società italiana della medicina di pronto soccorso, spinta dalla necessità di medicalizzare il soccorso del territorio, chiese alla regione Emilia Romagna l'istituzione, per i medici di guardia medica Pfn, di corsi ospedalieri di 350 ore prima e di 550 ore poi, allo scopo di cominciare a formare i nuovi medici per il soccorso.

I corsi promossi dalla regione e gestiti dai medici di pronto soccorso prevedevano la frequentazione dei servizi di pronto soccorso, della cardiologia, della sala operatoria, del 118 e il soccorso nelle ambulanze con *tutor*. I risultati sono stati entusiasmanti in tutta la regione. Grazie a questi medici, nella mia città (Forlì) siamo passati, per quanto attiene al recupero delle morti improvvise, dall'1 per cento quando il soccorso era condotto dal volontariato, al 29 per cento nel 1995 e al 22 per cento nel 1996. I risultati, pubblicati, sono a disposizione di tutti.

La via ospedaliera nella didattica dell'urgenza appare, con questi risultati, irreversibile o quanto meno da sviluppare in simbiosi con l'università. Questi medici d'urgenza, che in Emilia Romagna sono 180, coprono tre ruoli: il soccorso con macchine medicalizzate 24 ore su 24, la gestione dei punti di pronto intervento là dove sono stati disattivati gli ospedali minori, la turnazione in pronto soccorso per integrare le conoscenze e per coprire le carenze o le assenze dei medici di ruolo. L'aspetto economico è stato superato dal fatto che con la presenza della macchina medicalizzata molti punti di guardia medica Pfn sono stati soppressi.

Questi medici, che da quattro-cinque anni operano con risultati straordinari, rappresentano la nuova e rivoluzionaria via culturale ospedaliera per la formazione del moderno medico d'urgenza e per coprire i nascenti punti di pronto intervento che andranno a coprire nel territorio i posti lasciati scoperti dalla riconversione degli ospedali minori.

Questa nuova organizzazione territoriale, che prevede una razionale distribuzione di punti di primo intervento territoriale, gestiti non da medici di reparto a rotazione ma da veri e propri esperti dell'urgenza, è improrogabile per dare una copertura al 70 per cento della popolazione italiana che vive in comuni con una popolazione inferiore ai cinque mila abitanti (Istat) e quindi distante dalla rarefatta rete dei grandi ospedali superstiti.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il professor Mengozzi per la sua esauriente esposizione.

Do la parola al professor Ferraro, presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità.

**PERRARO.** Signor Presidente, intervengo sull'argomento sia in qualità di medico d'urgenza, essendo stato primario di medicina d'urgenza del pronto soccorso della centrale operativa «118» di Udine e avendo quindi vissuto tutte le fasi dell'implementazione di quest'ultima, ma anche in qualità di presidente della società italiana di verifica e revisione della qualità dell'assistenza.

Tutta la nostra attività, riguardando la programmazione, la formazione del personale, l'utilizzo delle risorse, gli strumenti che si adottano, deve essere finalizzata ad ottenere un efficiente ed efficace servizio che, anche nel campo dell'urgenza e dell'emergenza, è di particolare importanza.

Vorrei integrare la relazione redatta dalla nostra regione non tanto in ordine ai dati - che posso anche citare - quanto in ordine ad un aspetto metodologico che, a mio avviso, è molto importante.

La regione Friuli-Venezia Giulia è stata in grado di istituire un sistema dell'emergenza (certamente non perfetto dal momento che presenta molti punti deboli) proprio perché è stata perseguita una metodologia di programmazione e di organizzazione.

Infatti, la buona qualità di un sistema di emergenza-urgenza non può prescindere dalla consistenza e dalla funzionalità di tutto il suo insieme, cioè della parte ospedaliera, di quella territoriale e della centrale operativa «118», che ha la funzione di coordinare i vari interventi e rispondere ai bisogni della popolazione.

Questo è stato realizzato con un criterio metodologico che si basa sulla garanzia prioritaria dei bisogni più elementari e comuni. Infatti, la regione Friuli-Venezia Giulia pone al centro dell'attenzione la persona, il semplice soggetto che chiede un trattamento di urgenza e che deve sapere dove rivolgersi e dove, capillarmente, può ricevere un intervento minimo e sufficiente; la regione, quindi, non ha considerato, ad esempio, l'elisoccorso come punto di partenza ma come punto di arrivo che completa un sistema.

Su questo si aggregano le opzioni più complesse e specialistiche, sempre però considerando attentamente il rapporto costo-efficacia-efficienza perché è necessario utilizzare al meglio le risorse disponibili. Molte delle soluzioni adottate dalla nostra regione sono state proprio improntate a questi concetti importanti e fondamentali.

Vorrei però attenermi all'argomento principe dell'audizione, relativo alla centrale operativa «118». Tale centrale è certamente il punto cruciale per la gestione dell'emergenza sanitaria nel territorio e deve coordinare tutti i vari interventi; pertanto, la centrale operativa deve diventare il punto di riferimento per tutti ed essere accessibile a tutti.

Nella nostra regione - possiamo dirlo con vanto - in ogni provincia tutti possono accedere alle centrali operative.

Ci sono cartelli segnaletici dappertutto: «118, regione soccorso». C'è un tipo di organizzazione che ormai scavalca tutti quelli che erano, ad esempio, i numeri telefonici tradizionali: generalmente la gente telefona alla polizia, ai vigili del fuoco, ai carabinieri, alla croce rossa, alla croce verde; adesso nella nostra regione questo non avviene più.

Si è cercato di integrare questo tipo di intervento, che è diventato così capillare, con tutto il sistema ospedaliero, quindi con le unità operative di pronto soccorso, i dipartimenti di emergenza, laddove ci sono. Qui devo sottolineare di trovarmi d'accordo con quanto ha detto il dottor Mengozzi sulla necessità che, nell'ambito delle unità operative di pronto soc-

corso, ci siano delle unità funzionali con un organico proprio e medici competenti; competenza vuol dire che si conosce, vuol dire che si ha esperienza. Cito il «Manifesto per la medicina d'emergenza», che è stato fatto dalla società europea di *emergency medicine*, che adesso è stato divulgato in Italia ed è stato sottoscritto non solo dai medici del pronto soccorso e di medicina d'urgenza ma anche da anestesisti importanti – come il professor Manni di Roma, da tutti conosciuto, o dal professor Gullo di Trieste, per citarne due – che impostano quella che dovrebbe essere la proiezione in sviluppo e struttura dell'organizzazione dell'emergenza e del ruolo che devono avere i medici preparati, che non devono essere contrapposti agli altri in tale struttura, ma devono integrarsi con gli altri specialisti. Perché la logica della qualità di un servizio è proprio quella dell'integrazione e della possibilità di collaborare ovunque questo sia necessario. Non dobbiamo dimenticarci che i servizi di emergenza rappresentano anelli di una lunga catena; una catena che inizia nel luogo dove succede l'evento, ma che percorre tutta la fase preospedaliera – quindi c'è la comunicazione, ci sono i trasporti – che arriva all'ospedale (dove c'è l'unità operativa di pronto soccorso, i dipartimenti d'emergenza, poi i ricoveri) e che arriva anche alla dimissione e alla riabilitazione. Quindi si pone il problema dalla prevenzione alla riabilitazione, è tutto un giro. Ma se questa catena è debole in qualche punto, l'intero sistema rischia di saltare: non possiamo avere un'ottima cardiocirurgia o neurochirurgia e uno scadente servizio territoriale, oppure avere un ottimo servizio territoriale, per esempio, per trattare i traumatizzati gravi ma poi – sappiamo che c'è la *golden hour*, cioè è la prima ora quella importante – perdere tre o quattro ore quando si arriva al pronto soccorso; questo non ha proprio senso.

Allora, da questo punto di vista c'è bisogno di tale integrazione, che deve essere coordinata dalla centrale operativa «118», che ha delle funzioni molto specifiche. Cito, in estrema sintesi, i dati della centrale operativa «118» di Udine, istituita in occasione dei campionati mondiali di calcio del 1990: le chiamate totali sono state circa 100.000 nel 1997, di cui il 26 per cento sono state di richiesta di soccorso, il 46 per cento di richiesta di informazione all'utenza, il 14 per cento – chiamiamole così – di richiesta di soccorso secondario, cioè di taxi sanitario, e addirittura un 10 per cento fatte per scherzo.

Questo significa che per far funzionare bene la centrale operativa ci vogliono degli strumenti importanti. Uno degli strumenti fondamentali è dato ovviamente dal personale addestrato ed adeguato. Allora, diventa estremamente importante l'introduzione del cosiddetto *dispatch*, un sistema che ci permette di definire le priorità. Il *dispatch* deve essere fatto telefonicamente, non abbiamo la possibilità di vedere il paziente; bisogna rispondere al telefono, fare delle domande precise e dare risposte adeguate per fare intervenire prioritariamente il mezzo più idoneo. Non si tratta di fare diagnosi, per cui, ad esempio, noi nelle nostre centrali operative non abbiamo i medici che rispondono al telefono, perché il medico è inevitabilmente portato a fare diagnosi, a chiedere ad una persona: «Ma lei ha avuto disturbi cardiaci, è già stato ricoverato in ospedale, che farmaci



prende?», e si perde tempo. La priorità è un'altra: ad esempio, telefona alla centrale operativa una persona perché la figlia si sente male – naturalmente deve fornire i dati anagrafici – e dice: «Mia figlia, di 22 anni, ha dei dolori addominali violenti, cosa devo fare?». La domanda che viene fatta dal *dispatcher* è: «Ha perso conoscenza?»; se la risposta è affermativa, parte immediatamente il mezzo di soccorso più potente che abbiamo, perché la ragazza potrebbe avere un'emorragia da gravidanza extrauterina. Non posso certo chiedergli: «Sua figlia prendeva la pillola, è sposata, ha avuto rapporti?». Nel caso di una persona anziana, con gli stessi sintomi addominali e perdita di coscienza, il sospetto è che vi sia stata la rottura di un aneurisma della aorta addominale; ugualmente si manda subito un mezzo perché se il paziente non arriva al più presto possibile al pronto soccorso, è spacciato. In caso di peritonite acuta, se si arriva anche un quarto d'ora dopo, c'è tutto il tempo per intervenire ma nell'altro caso no. Nel terzo caso un dolore addominale in una sede superiore potrebbe essere la spia di un infarto miocardico acuto; allora il *dispatcher* rivolge le domande che riguardano il dolore toracico ed opera come negli altri due casi. Questo per spiegare il meccanismo e la sua importanza.

Un altro aspetto molto importante è l'accesso ai servizi di pronto soccorso. Abbiamo visto l'enorme numero di persone che accede ai servizi di pronto soccorso, ma ci sono accessi appropriati e accessi inappropriati. Il *triage* è un sistema per inserire un filtro a livello di pronto soccorso. A Udine, ad esempio, abbiamo ideato il sistema di *triage* proprio partendo dall'esperienza del *dispatch*, per cui l'infermiere riesce in un minuto a stabilire la priorità del paziente che è arrivato. I malati che non sono urgenti, noi li suddividiamo contrassegnandoli con delle sigle, 4A e 4B (oppure con il codice a colori, ma è la stessa cosa): i 4A sono appropriati, cioè si sono rivolti al servizio e quindi, aspetteranno magari un'ora, ma verranno visitati; i 4B sono invece inappropriati, per cui li invitiamo a rivolgersi al proprio medico, all'ambulatorio specialistico o a tornare un altro giorno e, se proprio vogliono farsi ricoverare devono pagare la prestazione.

Altro punto importante è la formazione perché, se non si parte da una base di competenza, che si acquisisce anche attraverso la formazione, è impossibile operare adeguatamente. Noi partiamo dal punto dell'evento, dove il primo soccorritore difficilmente è un medico o un infermiere, può essere un semplice cittadino o molto più spesso la polizia stradale o i vigili del fuoco. Allora si parte da una istruzione che è quella cosiddetta del *first responder*, via via si va avanti con il *basic life support*, che sono le manovre e le conoscenze di base per soccorrere la vita dei pazienti, fino all'*advanced life support*, che è quello dei professionisti più avanzati. Quindi, qualsiasi medico deve essere in grado di eseguire una rianimazione cardiocircolatoria e valutare un traumatizzato in maniera adeguata.

Da questo punto di vista, in Italia ormai c'è la possibilità di svolgere corsi di formazione riconosciuti. Nella nostra regione è stato formato un

elevato numero di persone attraverso tali corsi, cui chiunque può accedere, ottenendo, alla loro conclusione, una certificazione.

In proposito, segnalo che in Italia l'accreditamento è diventato uno strumento obbligatorio anche se con valenze un po' anomale rispetto ai criteri dell'accreditamento internazionale.

In Friuli-Venezia Giulia, per la prima volta in Italia, si è dato vita ad un'attività di accreditamento dei servizi di pronto soccorso ed ora ci troviamo addirittura nella terza fase. Proprio tra pochi giorni avrà luogo un convegno su queste tematiche e in questa occasione verranno presentati gli ultimi dati.

Sono stati accreditati tutti i servizi di pronto soccorso per garantire la qualità della struttura, verificare tutti gli strumenti logistici e tecnologici, esaminare il comportamento del personale, i processi di lavoro e gli esiti.

Tra le altre, è stata enunciata anche la fase relativa alle maxi-emergenze territoriali. Il Friuli-Venezia Giulia ha purtroppo vissuto l'esperienza del terremoto e, anche se a quel tempo non esisteva il piano delle maxi-emergenze territoriali, i mezzi disponibili hanno comunque permesso di fare fronte in qualche modo alla situazione.

Il sistema delle maxi-emergenze impone comunque una collaborazione stretta e già predefinita: dal momento che queste situazioni richiedono una rapidità di intervento, è necessario procedere attraverso linee-guida e regole già prefissate. Sono stati individuati principi generali di coordinamento che prevedono la partecipazione della Protezione civile, della prefettura e dei settori militari.

Nel piano di intervento devono essere considerate anche le emergenze intraospedaliere nell'ambito delle quali il Friuli ha già dimostrato di saper fronteggiare situazioni veramente drammatiche.

Ho voluto esporre alla Commissione la situazione presente nella nostra regione riservandomi di rispondere alle domande che mi verranno poste. Comunque, poiché non avevo ben chiaro il tema che sarebbe stato oggetto dell'audizione, intendo inviare alla Presidenza una breve relazione esplicativa degli aspetti specifici.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola ai senatori che intendono intervenire, vorrei ribadire che con tali interventi si conclude anche l'apporto dei commissari all'approfondimento delle relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118», illustrata nella seduta del 29 luglio scorso.

**BERNASCONI.** Signor Presidente, vorrei puntualizzare che la definizione «rianimatore-fisiopatologo» emersa nel corso delle audizioni probabilmente scandalizzerà i rianimatori e tutta la categoria dei medici. Personalmente, sono abituata a considerare la rianimazione come un reparto clinico dove vengono curati i pazienti e si utilizza l'attività clinica per salvare molte vite umane. Il rianimatore interviene sul malato, non su dissertazioni fisiopatologiche. Ritengo quindi che l'espressione utilizzata nel corso delle audizioni sia alquanto impropria.

In merito all'argomento, credo che lo sforzo compiuto dal collega De Anna sia giusto e serio perché, al di là degli interessi di categoria o della corsa a nuove specialità e a nuove figure professionali, si sta cercando di verificare come in Italia debba essere realizzato al più presto il sistema dell'emergenza-urgenza, comprensivo della centrale operativa «118», della riorganizzazione e ristrutturazione degli ospedali e, in particolare, dell'inserimento della guardia medica nei sistemi di emergenza-urgenza.

Sottolineo quest'ultimo aspetto perché ritengo che non sia possibile considerare il servizio di emergenza limitato al solo «118», cioè ad un centralino telefonico, o alla buona organizzazione di un ospedale. Pre-scindo dalla questione della differenziazione tra personale autonomo e personale a rotazione. A tale proposito, ritengo che dobbiamo abituarci a considerare che all'interno della sanità da una parte esiste il regionalismo e dall'altra ci sono realtà ospedaliere molto diversificate in cui a volte si rende un ottimo servizio attraverso il personale autonomo, a volte lo stesso ottimo servizio è reso da personale a rotazione. Ma non è questo il vero problema.

Innanzitutto, dobbiamo considerare la centralità di una organizzazione a rete che utilizzi in partenza un centralino telefonico e poi a cascata i vari mezzi di soccorso. È quindi fondamentale definire con molta precisione i tempi di intervento e di accesso al luogo in cui il paziente si è sentito male, tempi che non possono essere definiti sulla base del chilometraggio dal momento che il territorio italiano ha viabilità e accessi molto vari.

In secondo luogo, vorrei sapere come sia possibile, nell'ambito di un notevole sforzo economico, eseguire un servizio di guardia medica territoriale ben funzionante e che tipo di ruolo qualificato può avere la guardia medica.

Inoltre, vorrei sapere quale tipo di legami deve avere la guardia medica sia con gli ospedali sedi di semplici strutture di pronto soccorso sia con gli ospedali sedi di strutture di primo e di secondo livello nei quali il medico di pronto soccorso, attraverso l'informazione continua che si assume con la pratica quotidiana e non con i libri, può accrescere la propria formazione.

Un altro importante aspetto è ormai quello della multidisciplinarietà del trattamento di emergenza-urgenza. Nella mia esperienza di medico internista, ricordo che uno dei primi insegnamenti ricevuti imponeva al medico di saper fare una diagnosi differenziale, attività fondamentale per indirizzare il medico stesso nell'intervento sul paziente. La mia preparazione culturale e professionale è stata improntata su questo principio basilare; il medico deve essere quindi in grado preliminarmente di capire che cosa ha il malato.

Quindi, è necessario definire l'azione ai vari livelli perché sia possibile un'adeguata preparazione che permetta di compiere una corretta diagnosi differenziale. La capacità di operare una diagnosi differenziale è molto più importante nel settore dell'emergenza-urgenza, perché è determinante quando i tempi di intervento sono ristretti.

Inoltre, è necessario definire le competenze multidisciplinari indispensabili nel momento in cui il paziente, su cui è stata compiuta una diagnosi differenziale, è indirizzato nel centro di maggiore competenza disciplinare. Ad esempio, consideriamo il caso del politraumatizzato che, per definizione, non può essere gestito dal solo medico dell'emergenza ma richiede una competenza multidisciplinare molto elevata; ma c'è anche il caso del paziente che viene gestito da una *équipe* multidisciplinare e che, successivamente, può essere indirizzato ad un reparto specialistico con un indirizzo disciplinare specifico.

Vorrei inoltre affrontare l'argomento molto controverso relativo ai cosiddetti «letti di osservazione» presenti non tanto nelle strutture di semplice pronto soccorso quanto in quelle di primo e di secondo livello. Ritengo che i letti di osservazione non possano essere considerati un'unità operativa a sé, ma un luogo dove c'è un'alta intensità di assistenza infermieristica e dove c'è una multidisciplinarietà medica utile a pazienti, la cui permanenza in questi punti di osservazione non può essere superiore alle 24 ore. Voi sapete che molte strutture sono reparti di osservazione in cui si raccolgono pazienti che non hanno trovato ancora un posto letto o che vengono impropriamente affidati a un qualcosa che si chiama medicina o chirurgia d'urgenza. Un altro pericolo a mio parere è che questi pazienti vengono visitati da *équipe* in rotazione continua, quindi nel giro di 24 ore sono visti da 4 o 6 medici, con una interruzione di assistenza notevole e senza una vera e propria presa in carico.

CAMERINI. Signor Presidente, queste audizioni completano la pregevole opera del collega De Anna e devo dire che ci trovano d'accordo su vari punti, uno dei quali è che l'emergenza deve essere caratterizzata da un *continuum* in un sistema integrato.

Ci sono però alcuni punti sui quali vorrei che ci soffermassimo. Innanzi tutto, ho sentito dire dal professor Mengozzi che il numero delle persone che presumibilmente afferranno nell'anno 2000 al pronto soccorso sarà di circa 50 milioni. Credo che si faccia un po' di confusione tra l'urgenza e l'emergenza. Ci sono delle urgenze anche minori che rischiano in un reparto di emergenza-urgenza non ben organizzato di avere delle ricadute dannose. Il malato con dolore toracico che aspetta tre quarti d'ora perché davanti ci sono tre pazienti con urgenze minori rappresenta qualcosa di estremamente negativo; in questo senso mi pare molto importante quello che ha detto il professor Perraro sul *triage* per riuscire a stabilire delle priorità in questo sistema.

Detto questo, vorrei fare qualche domanda più specifica. Vorrei sapere dal dottor Brusori quale entità di popolazione deve sottendere un sistema di emergenza «118»; cioè è ragionevole che una centrale presieda all'organizzazione di emergenza di un milione di abitanti, mezzo milione di abitanti, oppure è ragionevole che ci siano delle centrali riguardanti, anche per ragioni locali, una popolazione minore e che tra queste centrali vi sia un collegamento?

Quanto poi al problema dell'eliambulanza, a volte ho avuto l'impressione che nei riguardi di quest'ultima ci siano delle idee un po' romantiche, o per lo meno che si creda che si possano o si debbano delegare all'eliambulanza alcuni interventi che potrebbero benissimo essere effettuati con sistemi di ambulanza su gomma. È ragionevole che, specialmente per le regioni più piccole, ci siano eliambulanze che servono più regioni, anche tenendo conto delle caratteristiche orografiche, geografiche dei vari territori? E a questo proposito, dato che è stata portata l'esperienza del Friuli-Venezia Giulia, qual è il numero per eliambulanza di interventi che vengono fatti in media al giorno, alla settimana, in un mese?

A proposito del problema del personale a bordo delle autoambulanze, il rappresentante della Puglia ha citato il termine: «tecnici medici d'emergenza». Chiedo nuovamente ai nostri rappresentanti del Friuli-Venezia Giulia quando esce il personale medico e quale è il livello di preparazione degli operatori sanitari che escono con le autoambulanze nelle grandi emergenze. Attualmente è ancora operativo il mansionario, che però dovrebbe venire cancellato fra pochi giorni con l'approvazione alla Camera della normativa in materia. Questo aspetto ha dato finora origine a qualche problema oppure no?

Vorrei fare un'ultima domanda al rappresentante della Puglia. Nell'esperienza che ci siamo fatti in questa Commissione abbiamo visto che la sanità si è sviluppata nel nostro paese un po' a macchia di leopardo. Vorrei capire come mai nella regione Puglia che riceve dallo Stato trasferimenti quasi uguali a quelli delle altre regioni, dopo dieci anni il sistema di emergenza non si è potuto ancora attivare, diversamente da quanto verificatosi in altre regioni, ricordando che il sistema dell'emergenza si costruisce anche poco a poco; non credo che si debba partire con idee faraoniche, ma si devono costruire i vari tasselli che formeranno un mosaico. Quali sono veramente le ragioni di tali ritardi, per cui il tipo di assistenza che un cittadino italiano riceve rischia di essere totalmente differente tra una regione e l'altra?

DE ANNA. Voglio congratularmi con gli auditi soprattutto per la completezza e l'elevata qualità delle relazioni che hanno svolto. Si evince facilmente, sia per la ricchezza dei dati esposti sia, soprattutto, per l'analisi che sulla base di questi dati è stata effettuata, che in queste regioni sicuramente il servizio sanitario di emergenza e urgenza, se proprio non funziona al 100 per cento, sicuramente è ben avviato. D'altra parte, gli illustri ospiti che oggi abbiamo voluto ascoltare rappresentano un po' quelli che sono i «mostri sacri» di questo tipo di servizio che oggi esiste in Italia. Quindi, non posso che congratularmi perchè il loro contributo sarà senz'altro di grandissima utilità nello stendere il rapporto finale di questa inchiesta.

Dalle relazioni si evince che la Puglia è la regione italiana attualmente più arretrata nella messa in opera di questo servizio. Vorrei fare una considerazione che non è da poco e che tutti non riescono a mio parere a fare.

È facile criminalizzare o incolpare una regione perchè non ha attuato i servizi che magari un'altra regione è riuscita ad attuare. L'analisi ci porta a fare questa considerazione: con il sistema attuale in Italia noi abbiamo un gruppo di regioni che erogano servizi sanitari di grande livello ma che dal punto di vista sanitario sono le più indebitate. Per esempio, il Veneto registra quasi 1.000 miliardi di debiti, l'Emilia Romagna credo che viaggi sui 700 milioni. Per contro, le regioni più sfortunate, soprattutto del Sud, che non sono in grado di erogare per vari motivi, non per loro colpa, servizi sanitari di elevato livello non registrano grandi debiti sanitari.

Questi due presupposti fanno sì che quando si andrà a rifinanziare il piano sanitario nazionale, distribuendo le risorse per regione, perverranno forse più risorse alle regioni che hanno più debiti e che erogano servizi di livello più elevato; quindi, il *gap* invece che colmarsi verrà sempre più ad accentuarsi. Questo è un problema, perchè se una regione ha appena a disposizione le risorse per far fronte all'ordinaria amministrazione è chiaro che non va a impegnare le stesse, peraltro già scarse, per avviare un servizio di emergenza.

Sono del parere che l'unico sistema valido sarebbe convincere il Ministro a cercare in qualche capitolato della spesa pubblica un certo numero di miliardi da destinare definitivamente a queste regioni che sono rimaste indietro, con l'obbligo però per queste ultime di cercare di colmare il *gap*, perchè altrimenti non si riuscirà a far quadrare il cerchio.

MONTELEONE. Signor Presidente, credo che il tempo rimasto a nostra disposizione non ci consenta l'ampia discussione che i problemi posti al nostro esame meriterebbero.

PRESIDENTE. Ma che sicuramente faremo al momento dell'esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118».

MONTELEONE. Alla luce di quanto è stato detto da chi ha competenza specifica in materia, non mancheremo certo di effettuare un'approfondita discussione in quella sede.

Ricordo innanzi tutto a me stesso e poi alla Commissione, che ha voluto conferire alla competenza del collega De Anna anche questo argomento, che la nostra non è solo una Commissione d'inchiesta volta semplicemente ad accertare qualche manchevolezza; essa intende svolgere un lavoro di approfondimento delle tematiche alle quali è specificamente preposta, che potrà costituire un valido supporto per le questioni che più attengono al nostro lavoro.

Vorrei partire da una considerazione: è giusto chiedere spiegazioni per i ritardi fino ad oggi accumulati dalla regione Puglia - le eventuali sanzioni competeranno a chi di dovere - ma ciò che più colpisce è che nelle stesse regioni che oggi sono all'avanguardia per quanto riguarda il problema emergenza-urgenza si rimetta in discussione, non dico tutto, ma parte del sistema che si ritiene deficitario. Penso siano nate deficienze

anche di carattere tecnologico come di carattere clinico-medico, che sono alla base di questo processo che io chiamo di riconversione a carattere clinico-medico. Ho però la sensazione che, se noi vogliamo riprendere tutto il problema, dobbiamo inquadrarlo in un ambito che a mio modo di vedere non può essere disatteso, quello cioè di una suddivisione per aree geografiche omogenee. Altrimenti dovremo far fronte sul territorio sempre e comunque a questioni diversificate.

Si è prima accennato all'opportunità di risolvere l'emergenza-urgenza mettendo i radiologi al pronto soccorso; è una delle battaglie che ho condotto a partire dal 1994, da quando cioè sono stato eletto, anche in Commissione sanità, sostenendo la categoria dei radiologi al punto tale che se avessi continuato sarei stato tacciato, quale radiologo, di corporativismo settoriale. Però già da allora il distinguo delle professionalità doveva essere collocato al punto giusto, perchè comunque serviva a risolvere problemi anche più gravi. Ora, dobbiamo essere consapevoli di questi distinguo e, nello stesso tempo, essere coscienti dell'opportunità di realizzare quella formazione continua permanente, in merito alla quale ho presentato un disegno di legge, di cui il collega Camerini sarà brillantemente relatore, che speriamo di portare avanti. Tutto questo a cosa mira se non a cercare di realizzare ciò che voi avete sostenuto?

Professor Mengozzi, lei ha parlato con tanta passione, diversificando – direi quasi volutamente – in negativo alcune questioni, forse per stigmatizzarle di più, probabilmente perchè siano di maggiore sprone, però mi chiedo se è alla luce di questi aspetti che si vorrebbe un piano sanitario nell'ambito di quella delega che è stata concessa per la razionalizzazione. Mi chiedo cioè se non sia questo il momento per effettuare il necessario collegamento fra i progetti che sono stati disattesi, vedendo perchè hanno bisogno di essere intrapresi, e quelli che invece sono stati sufficientemente realizzati ma che comunque, per qualche aspetto, vanno riconsiderati. È la sintesi di tutto ciò che credo potrebbe portare alla soluzione del problema ed in quest'ottica assumono fondamentale importanza la formazione e le capacità dei soggetti che non devono essere trascurate.

Non possiamo continuare nella sottile distinzione tra emergenza-urgenza, «118», eccetera. Per fare un esempio, ritengo che tutti dobbiamo riconoscere i limiti dell'eliambulanza, con la quale qualche regione ha ritenuto di risolvere i propri problemi; condivido l'opinione secondo cui se si è serviti dall'eliambulanza bisogna raccomandarsi al Padreterno perchè se l'incidente avviene di notte questa non viaggia e quindi non può effettuare trasporti all'ospedale.

Ciò considerato, poichè per limiti di tempo non possiamo avanzare ulteriori suggerimenti, vorrei sottolineare l'esigenza, laddove si è in fase avanzata di attuazione del sistema di emergenza, di effettuare una riconsiderazione del territorio nazionale sulla base delle famose aree orografiche, da individuare in modo che siano pressochè omogenee; quello della valutazione del territorio è per noi un aspetto molto importante.

Un'altra osservazione del tutto condivisibile è quella inerente al problema della riconversione degli ospedali che, se da un lato riguarda una

questione economica d'impresa, dall'altro crea gli inevitabili sbilanciamenti di cui si è parlato.

Concludo auspicando che i contributi recati da tutti i soggetti auditi in merito alla relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118», che provengono da persone che vivono queste situazioni nella realtà di tutti i giorni, facciano parte di uno dei capitoli più importanti che la sanità dovrà affrontare in Italia e cioè quello relativo alla medicina di emergenza.

PRESIDENTE. Prima di aggiungere due mie personali richieste, volevo ringraziare tutti i colleghi intervenuti e coloro che sono stati auditi, scusandomi ancora di non poter ridare loro la parola per rispondere ai chiarimenti richiesti e pregandoli di completare e di integrare con delle note scritte la loro esposizione in vista di una relazione che si presenta sempre più attesa su uno dei problemi più cruciali che riguardano la nostra sanità nazionale.

È emerso ancora una volta, sia dalle parole di chi è stato audito sia da quanto affermato dai senatori intervenuti, il problema delle risorse, quello di un'Italia a due velocità e di un sistema organizzativo molto disomogeneo, nonchè quello più specifico del «118», cioè ci si chiede se esso è solo un centralino telefonico o un servizio diffuso sul territorio nazionale.

I chiarimenti che vorrei chiedere in aggiunta riguardano questioni che non sono state trattate o che sono state solo sfiorate superficialmente: anzitutto, il problema della rete di comunicazione circa la disponibilità effettiva dei ricoveri dell'emergenza, che almeno a quanto consta a questa Commissione molto spesso dà adito a «pellegrinaggi» e a continui trasferimenti da un luogo all'altro, per cui si rileva che tanti decessi avvengono per questo motivo; in secondo luogo, il problema – che ha sollevato anche la senatrice Bernasconi e che mi permetto di riproporre – della capillarità del servizio unito a quello della continuità nel tempo e nell'orario; infine, oltre al problema citato dal professor Mengozzi e ai problemi dell'emergenza degli ospedali disagiati, il problema dei piani di sgombrò degli ospedali in relazione alle emergenze e i piani catastrofe, che nelle nostre ispezioni e sopralluoghi abbiamo visto molto spesso disattesi in quasi tutta Italia.

Vorrei chiedere al professor Mengozzi di fare un esame più approfondito in merito ai reparti di medicina d'urgenza, perchè noi sappiamo bene che purtroppo tante volte dietro a queste etichette altro non si celano che doppiotti di reparti di normale degenza ospedaliera creati a suo tempo per una sorta di redistribuzione di cariche.

Da ultimo mi permetto anche io di sollevare qualche perplessità sul fatto che l'organizzazione gerarchica di un pronto soccorso debba dipendere da una specifica figura. Ritengo che il primo problema sia un'organizzazione moderna del pronto soccorso, che non può essere che quella del *triage*. Se poi nell'ambito gerarchico per coordinare il *triage* si debba individuare una figura con un nuovo tipo di specializzazione o se invece



chi coordina il *triage* debba avere dei requisiti generali che possono essere acquisiti solo nell'ambito di un'ampia esperienza professionale, è un dubbio che mi resta, per cui su questo punto vorrei maggiori approfondimenti.

Ringrazio i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dei nostri lavori ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,45.*





