

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

23° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 LUGLIO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

**Esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118»
e di altri servizi similari**

PRESIDENTE	Pag. 3, 12, 13 e <i>passim</i>
BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	13, 16
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	16
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	3, 13, 16
DI ORIO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	12, 13
MIGNONE (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	18
PAPINI (<i>Misto</i>)	19
ZILIO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	19

I lavori hanno inizio alle ore 15.15.

Esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118» e di altri servizi similari

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame della relazione preliminare sullo stato di attuazione del servizio di emergenza «118» e di altri servizi similari.

Come è noto, questa relazione riguarda il primo dei cinque filoni di indagine individuati dalla Commissione ai fini dell'adempimento dei propri compiti di istituto. Il settore di indagine sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza è stato affidato ad un gruppo di colleghi coordinati dal senatore De Anna; questo gruppo di lavoro ha elaborato fino a questo momento due documenti (un rapporto preliminare e una proposta per la realizzazione e gestione di centrali operative del sistema regionale «118» per l'emergenza/urgenza sanitaria), che saranno pubblicati in allegato al presente resoconto.

Do pertanto la parola al senatore De Anna per illustrare la relazione preliminare, il cui testo è stato distribuito ai commissari.

DE ANNA. Signor Presidente, gentili colleghi, prima di illustrare la relazione preliminare, sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza, permettetemi di ringraziare il Presidente per avermi affidato il compito di coordinare questo filone di indagine, nonché di ringraziare coloro che hanno collaborato con me, in particolare la senatrice Carla Castellani che mi ha coadiuvato nella stesura della relazione stessa.

L'argomento è importante perchè i servizi di emergenza individuati potrebbero costituire «lo scheletro» del Servizio sanitario nazionale. A distanza di sei o sette anni dalla loro istituzione i servizi di emergenza non sono ancora perfettamente funzionanti in alcune parti d'Italia, indipendentemente dalla latitudine. Dalla relazione emerge chiaramente che nel Nord, nel Centro e nel Sud ci sono servizi che funzionano a pieno regime e altri che non sono stati minimamente attivati.

Il Gruppo di lavoro ha articolato le proprie attività in tre fasi principali: la prima è stata dedicata allo studio della normativa vigente, al fine di meglio definire lo scenario nel quale i servizi di emergenza urgenza sono inseriti e per cogliere le problematiche di maggior rilievo; la seconda è stata dedicata alla conoscenza dello stato di attuazione dei servizi di emergenza ed urgenza sul territorio nazionale, con particolare riguardo alla situazione del numero unico «118»; la terza è stata incentrata sulla definizione di ulteriori campi di indagine della Commissione d'inchiesta su questo settore e sulla enunciazione di una serie di proposte, da sotto-

porre alla valutazione degli organismi competenti, per cercare di fornire un contributo al miglioramento dello stato attuale dei servizi rilevato.

Quanto alla normativa vigente, il sistema di emergenza è regolamentato a livello nazionale dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza», che articola le attività di urgenza ed emergenza su due sistemi, quello di allarme sanitario e quello di accettazione e di emergenza sanitaria, e dall'Atto di intesa tra Stato e Regioni, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 17 maggio 1996, circa «l'approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria» in applicazione del citato decreto. Quest'ultimo, all'articolo 3, comma 6, e all'articolo 9, comma 1, richiama il parere della Conferenza Stato-Regioni, approvato in data 14 gennaio 1991, quindi più di 7 anni fa, sul dimensionamento e sui contenuti tecnologici delle centrali operative ed il parere tecnico del Consiglio superiore di sanità del 12 febbraio 1992, che forniva ulteriori indicazioni sui requisiti e sugli elementi organizzativi dei servizi di emergenza-urgenza.

Le linee guida dell'Atto di intesa hanno proposto ulteriori indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete d'emergenza, tenendo conto dell'evoluzione legislativa ed in particolare della rete ospedaliera, così come è stata successivamente delineata nel decreto-legge n. 280 del 17 maggio 1996, convertito nella legge n. 382 del 18 luglio 1996, che prevede, all'articolo 2-ter, il rispetto di alcuni parametri tra i quali: un tasso di occupazione del 75 per cento, una dotazione di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui un posto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza postacuzie, un tasso di spedalizzazione del 160 per mille, l'obbligatoria e definitiva istituzione dei dipartimenti.

L'organizzazione ed articolazione dei servizi di emergenza-urgenza sul territorio, rappresentano, dunque, lo «scheletro» sul quale dovrà essere attuata la ristrutturazione della rete ospedaliera, da completarsi entro il 31 dicembre del 1999 (termine che probabilmente non sarà rispettato) e che dovrà portare ad una precisa caratterizzazione della funzione degli ospedali stessi, gerarchizzati a seconda della complessità funzionale dell'attività diagnostica e terapeutica, correlata alla presenza e al numero di specialità ed alte specialità e delle relative dotazioni tecnologiche, nonché delle funzioni assegnate nel campo dell'emergenza-urgenza.

In questa ottica, quindi, l'organizzazione del sistema dell'emergenza previsto nell'Atto di intesa è più articolata rispetto al decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 e consiste di: a) un sistema di allarme sanitario; b) un sistema territoriale; c) una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Il fulcro dei sistemi di allarme sanitario e territoriale è rappresentato dalla Centrale operativa, che raccorda le strutture sul territorio e quelle ospedaliere e stabilisce collegamenti con le altre centrali operative e con le istituzioni pubbliche e private che sono coinvolte nel settore. Secondo le linee guida, i principali obiettivi che ogni regione deve prefig-

gersi per garantire l'organizzazione dell'intero sistema sono: 1. predisporre il Piano regionale dell'emergenza, con particolare riguardo alle esigenze delle diverse aree relativamente alle condizioni orografiche del territorio, allo stato della viabilità, al grado di dispersione della popolazione, agli insediamenti abitativi e produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico ed ai flussi turistici; 2. riorganizzare e potenziare i posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie specializzate (unità di terapia intensiva coronarica, terapia intensiva neonatale, centri ustione, eccetera) portando il parametro tendenziale dei posti letto al 3 per cento dei posti letto totali garantendo, nel contempo, una articolazione su due livelli per assicurare posti letto di terapia subintensiva in numero almeno pari a quelli di terapia intensiva; 3. identificare le sedi più idonee per la gestione dell'emergenza/urgenza, tenendo conto dei diversi ambiti territoriali e garantendo il minor tempo di accesso ai pazienti del bacino di utenza interessato, in relazione al tipo e al grado della patologia; 4. prevedere l'istituzione di un Comitato regionale sanitario per l'emergenza con compiti di programmazione e coordinamento, per la cui composizione si rimanda all'Atto di intesa.

Per quanto riguarda il sistema di allarme sanitario, sono definite nelle linee guida le modalità per la individuazione delle Centrali operative che, per province di dimensioni ridotte, possono essere sovraprovinciali, nonché le funzioni alle stesse affidate, le quali comprendono, oltre alla ricezione e valutazione delle richieste, l'attivazione e il coordinamento della risposta che, a sua volta, dipenderà dalla conoscenza della disponibilità dei posti letto ospedalieri, delle postazioni di guardia medica, dei punti di primo intervento e di pronto soccorso ospedaliero, dei DEA di I e II livello, nonché della dislocazione dei mezzi di soccorso sul territorio. Sono stabilite, altresì, le risorse tecnologiche della Centrale operativa, con particolare riguardo ai sistemi di telefonia, ai radiocollegamenti ed al sistema informativo, e le caratteristiche del personale che vi opera, definendone ruoli e competenze. Un aspetto importante è, in questo caso, legato alla possibilità di utilizzare tra i medici assegnati alla Centrale anche i medici di guardia medica, titolari, che abbiano frequentato l'apposito corso regionale ai sensi dell'articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1996, od anche i medici di guardia medica non titolari, purché in possesso dei medesimi requisiti.

Per quanto riguarda, in particolare, la localizzazione delle postazioni di guardia medica, si prevede l'accorpamento, ove possibile, con i servizi di pronto soccorso ospedaliero o di primo intervento più vicini, sia per favorire i rapporti di collaborazione tra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e le altre figure professionali deputate all'emergenza, sia per garantire la sicurezza del personale operante negli stessi.

Secondo quanto previsto nell'Atto di intesa, i mezzi di soccorso sono stati così distinti: ambulanza di tipo B, con un autista soccorritore e un infermiere; ambulanza di tipo A, con autista soccorritore, ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria, ed un infermiere professionale; automezzo di soccorso avanzato con personale me-

dico e infermieristico a bordo, per il trasporto delle tecnologie necessarie al supporto vitale; centro mobile di rianimazione o terapia intensiva, con due infermieri professionali, un autista-soccorritore e un medico anestesista-rianimatore; eliambulanza con un anestesista rianimatore e un infermiere professionale o altro personale qualificato.

La definizione del numero e del tipo dei mezzi di soccorso è affidata al responsabile della centrale operativa, mentre le sedi di postazione dei mezzi sono identificate dal responsabile della centrale operativa, sentiti i direttori sanitari delle aziende sanitarie competenti per territorio, nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti. Le modalità di risposta all'emergenza/urgenza previste nelle linee guida sono articolate su quattro livelli: i punti di primo intervento; i pronto soccorso ospedalieri; i dipartimenti di emergenza ed accettazione di primo livello; i dipartimenti di emergenza ed accettazione di secondo livello.

I punti di primo intervento sono distinti in ospedalieri e non ospedalieri. I primi sono localizzati in presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, che, dopo la ristrutturazione della rete ospedaliera non rientrano tra i presidi sede di pronto soccorso, mentre i secondi sono distinti in fissi e mobili e sono organizzati per esigenze stagionali, turistiche od altre occasioni. Le funzioni principali sono relative alla stabilizzazione del paziente ed all'attivazione del trasporto presso l'ospedale vicino più idoneo.

I pronto soccorso ospedalieri svolgono funzioni di accettazione, garantiscono la risposta in emergenza/urgenza e possono essere organizzati secondo le indicazioni della programmazione regionale. La organizzazione delle attività di accettazione è demandata alle aziende sanitarie, che dovranno prevedere le modalità di accettazione dei malati, la diversificazione delle attività di accettazione rispetto a quelle di emergenza/urgenza, promuovendo anche una migliore utilizzazione delle attività ambulatoriali e di *day hospital*. I dipartimenti di emergenza ed accettazione sono definiti come aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la loro autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida e completa. Fanno parte esclusivamente del DEA i servizi di accettazione e pronto soccorso, l'unità di osservazione e breve degenza, l'unità operativa di rianimazione con moduli di terapia intensiva e subintensiva e le unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale, mentre le unità operative facenti parte di altri dipartimenti entrano a fare parte della funzione di emergenza secondo protocolli operativi concordati.

I DEA, ai quali spettano i compiti di organizzare tutte le attività dell'emergenza/urgenza a livello ospedaliero, sono distinti in DEA di primo e secondo livello. Un DEA di primo livello deve essere dotato di un servizio autonomo di accettazione e pronto soccorso, una unità operativa di osservazione e breve degenza, una unità operativa di anestesia e rianimazione, e deve assicurare gli interventi di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC e medicina d'urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale. Nelle unità operative di me-

dicina d'urgenza può essere individuato un numero di posti letto, da valutare secondo le esigenze locali, da destinare a soggetti bisognosi di assistenza e terapia intensiva, ma non in condizioni tali da richiedere interventi propri nelle unità di rianimazione.

I DEA di secondo livello, invece, oltre alle attività sopra elencate, debbono garantire le funzioni di più alta qualificazione, come la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni della programmazione regionale.

Lo studio della normativa in vigore porta a concludere che siano state sufficientemente tracciate le direttive lungo le quali le regioni devono organizzare i servizi di emergenza-urgenza.

In particolare, su tre aspetti fondamentali, il gruppo di lavoro della Commissione d'inchiesta ha incentrato i successivi interventi: la predisposizione dei Piani regionali per l'emergenza-urgenza con particolare riferimento alla ristrutturazione della rete ospedaliera; l'attivazione del numero unico 118; l'organizzazione del pronto soccorso; l'istituzione dei DEA di I e II livello.

Questi punti sono apparsi, infatti, di grande importanza e strategici nell'ambito dell'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e per questo maggiormente considerati ed indagati.

A tali aspetti si sono, però, aggiunti altri riguardanti, in particolare, la questione della distribuzione delle radiofrequenze sul territorio nazionale, la formazione del personale dedicato all'emergenza ed il problema delle maxiemergenze. Su questi temi sono state orientate le indagini del gruppo di lavoro e di esse si dirà nel successivo paragrafo.

Per quanto riguarda l'indagine sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza, il Gruppo di lavoro della Commissione ha operato secondo due direttrici.

La prima è stata quella di convocare in audizione alcune istituzioni coinvolte nella programmazione, organizzazione e controllo dei servizi di emergenza; la seconda è stata quella di avviare un'indagine a livello nazionale per ricavare eventuali ed ulteriori più dettagliate informazioni.

Sono stati ascoltati in audizione il Ministero della sanità, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Croce Rossa italiana, per approfondire alcune tematiche, quali quelle della attuazione del numero unico «118», del ruolo della Croce Rossa nell'organizzazione dei servizi di emergenza sul territorio e della distribuzione delle coppie di frequenze radio nel paese.

Dai dati forniti dal Ministero della sanità, risulta che quasi tutte le regioni, ad eccezione della Puglia, hanno emanato atti programmatici specifici relativi all'istituzione del numero unico «118». Alla data del 17 novembre 1997, il numero unico «118» risultava pienamente attivato in Valle D'Aosta, Friuli, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e nelle province autonome di Trento e Bolzano. È stato attivato parzialmente in Liguria, Marche, Lombardia, Campania, Calabria.

Non è stato attivato nel resto del paese: Basilicata, Puglia, Sicilia, Sardegna.

L'indagine condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali riferita al giugno 1998, mostra che sostanzialmente la situazione non è cambiata (Allegato 1).

Dai dati dell'Agenzia appare evidente il maggior ritardo delle regioni del Sud del paese rispetto al Centro-Nord, dove appare accentuarsi la tendenza a ridurre le centrali operative, che assumono, quindi, funzioni sovraprovinciali.

Sempre dai dati ministeriali risulta che quasi tutte le regioni hanno deliberato, prevalentemente intorno agli anni 1990-94, per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi di emergenza. Solo la Toscana, però, e la Calabria hanno promulgato leggi più recenti nel settore, mentre manca qualsiasi riferimento normativo nel caso della regione Puglia. Non è dunque possibile allo stato attuale verificare pienamente il recepimento da parte delle regioni delle linee guida dell'Atto di intesa del maggio 1996.

I dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) sono stati attivati nelle regioni del Nord in modo parziale, ad esempio in Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria e Piemonte, mentre nelle restanti regioni ed in particolare quelle del Sud, i DEA non sono stati attivati.

Per quanto riguarda le attività di formazione, sono state avviate solo in due regioni, Piemonte e Liguria, e parzialmente in Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Lazio e nelle province autonome di Trento e Bolzano, mentre nelle altre regioni le attività sono state sporadiche.

Per quanto riguarda le 30 coppie di radiofrequenze, già assegnate al Ministero della sanità dal Ministero delle poste e telecomunicazioni, risulterebbe, secondo il Ministero della sanità, che si sarebbe in attesa, da parte dello stesso Ministero delle poste, di un decreto di ripartizione delle frequenze sul territorio.

Per risolvere tale problema, il Ministero della sanità aveva inviato all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, in data 14 febbraio 1996, la richiesta per una diretta collaborazione al fine di pervenire ad una proposta di ripartizione delle frequenze assegnate. A tale scopo, era stato istituito, presso l'Agenzia, un gruppo di lavoro con rappresentanti nominati dai diversi assessorati alla sanità, con il compito di rispondere alle richieste del Ministero. Ed infatti, in data 15 luglio 1997, dalle regioni veniva elaborato un documento di ripartizione delle radiofrequenze per tutto il territorio nazionale, che è stato trasmesso, in data 16 luglio, al Ministero della sanità per le opportune valutazioni e considerazioni. La mancata distribuzione delle radiofrequenze determina, secondo i dati del Ministero della sanità, utilizzo prevalente delle frequenze radio in VHF, appartenenti a province, ASL od enti ed associazioni di volontariato, mentre in alcuni casi si è ricorso alla telefonia mobile (come è successo in Sicilia).

Per quanto riguarda il ruolo della Croce Rossa italiana negli aspetti dell'emergenza-urgenza, dall'audizione del presidente è emerso il ruolo che l'organizzazione riveste nell'ambito dei servizi di pronto soccorso e

di trasporto degli infermi, nonostante i sempre più elevati costi di gestione dei servizi medesimi e le difficoltà legate all'assunzione di nuovo personale, nonchè allo stato di commissariamento dell'ente.

Le audizioni condotte hanno permesso di evidenziare alcuni dei maggiori problemi che investono il settore dell'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza, in particolare quelli della mancata attivazione dei DEA e delle poche iniziative per la formazione del personale.

Per tali ragioni si è reso necessario un approfondimento delle tematiche trattate, con particolare riguardo alle informazioni sullo stato di attuazione e di organizzazione di altre articolazioni dei servizi di emergenza-urgenza, quali ad esempio i pronto soccorso ospedalieri, nella convinzione che una migliore conoscenza delle problematiche relative all'organizzazione di questi ultimi potesse anche, indirettamente, fornire indicazioni sullo stato di attuazione delle citate linee guida nazionali. Per questo compito, il Gruppo di lavoro della Commissione di inchiesta si è avvalso dei dati del «Censimento nazionale delle strutture e della organizzazione dei servizi di medicina d'urgenza e di pronto soccorso», effettuato nel 1998, da parte della Federazione italiana di medicina d'urgenza, che ha inviato presso tutte le sedi di pronto soccorso del paese un questionario, allegato alla presente relazione, per rilevare i seguenti dati: il totale degli accessi e dei ricoveri d'urgenza e di elezione effettuati negli anni 1986 e 1996; l'organizzazione del lavoro dei medici distinguendo il personale di pronto soccorso in personale autonomo, a rotazione e misto; l'istituzione dei DEA; la presenza di posti letto dedicati al Pronto soccorso; l'organizzazione del personale infermieristico, amministrativo ed ausiliario; la dotazione di alcune strumentazioni quali l'elettrocardiografo, il defibrillatore, il ventilatore; le caratteristiche strutturali del pronto soccorso; l'organizzazione dei servizi di laboratorio e radiologia; lo stato di informatizzazione dei servizi; lo stato degli automezzi di soccorso e le relative dotazioni di personale; l'attivazione del numero unico 118.

L'indagine sarà completata entro la fine dell'anno, ma già attualmente sono disponibili alcune informazioni relative alle regioni Liguria, Emilia-Romagna, Calabria, Marche, Valle D'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e alle province autonome di Trento e Bolzano.

Tra le regioni segnalate quella che ha fornito i dati più dettagliati e completi è stata la Puglia, in quanto l'iniziativa della Federazione è stata accolta dall'assessorato alla sanità che si è fatto promotore della raccolta delle informazioni presso le singole aziende sanitarie. Negli altri casi, purtroppo, le informazioni risultano parziali ed ancora da sottoporre a verifica, ciò a dimostrazione del lungo percorso che deve ancora essere compiuto sul fronte della raccolta e valutazione dei dati. Comunque, il numero di accessi al pronto soccorso segnalato dalle schede provenienti da tutto il paese, e quindi non solo delle regioni sopra ricordate, ammonta a 8.918.576, valore che rapportato all'intera popolazione italiana porterebbe a stimare in oltre 34 milioni i cittadini che sono transitati attraverso i servizi di pronto soccorso nel 1996.

Dall'analisi dei dati delle regioni selezionate perchè più complete, emergono alcune considerazioni che riguardano in particolare la notevole disomogeneità tra i diversi pronto soccorso, anche localizzati all'interno di una stessa regione o addirittura di una stessa Azienda sanitaria. Nella maggior parte dei casi, il personale medico utilizzato è a rotazione, mentre solo in Emilia Romagna, Friuli e Marche è prevalentemente dedicato. L'utilizzazione dei medici di guardia medica è limitata spesso ad alcune unità di personale, mentre insufficienti appaiono i posti letto di rianimazione e terapia intensiva, a dimostrazione che ancora le Regioni non hanno completamente attuato quanto previsto nell'Atto di intesa Stato-Regioni del maggio 1996. Scarso anche il grado di informatizzazione dei pronto soccorso, mentre sufficienti appaiono le dotazioni di alcuni strumenti, in particolare elettrocardiografi, defibrillatori e ventilatori.

Dopo aver condotto queste due indagini sulla normativa vigente e sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza, ci siamo permessi di formulare alcune prime considerazioni e proposte.

Da quanto sopra esposto emerge che, da un punto di vista normativo, le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria approvate come Atto di intesa tra Stato e regioni nel maggio 1996, rappresentano un valido percorso, coerente con quanto è in fase di evoluzione nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera nelle diverse regioni, ma la loro applicazione appare ancora disomogenea su tutto il territorio nazionale, e ciò è da mettere in relazione ad una serie di fattori tra i quali: una insufficiente opera di coordinamento delle iniziative a livello nazionale (il sistema dell'emergenza, infatti, deve essere organizzato in modo da garantire una risposta omogenea ed integrata in tutte le regioni per evitare, come rilevato dalla Commissione d'inchiesta per il terremoto dell'Umbria e delle Marche, che alcune operazioni di soccorso siano condotte in modo disgiunto); la difficoltà di collegamento tra centrali operative e mezzi di soccorso, da attribuire alla mancata assegnazione delle radiofrequenze; l'inadeguato numero dei mezzi di trasporto per il soccorso avanzato; l'assenza della regolamentazione dei rapporti con i medici di guardia medica; la mancata attivazione dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione; la mancata o incompleta ristrutturazione della rete ospedaliera; la mancata elaborazione degli allegati all'Atto di intesa, riguardanti aspetti di grande importanza. Questi sono: le linee guida per la gestione dell'emergenza pediatrica, con particolare riferimento al trasporto neonatale; l'individuazione ed organizzazione dei centri ustioni; l'individuazione ed organizzazione delle unità spinali; la definizione degli indirizzi sulle modalità di formulazione del regolamento dei dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione, nonché sulle funzioni e la composizione del comitato di dipartimento; le linee guida sulla formazione e sull'aggiornamento del personale medico, infermieristico e di supporto, anche volontario; la definizione delle modalità di organizzazione del *triage*, con riferimento anche alla trasmissione delle informazioni relative ai pazienti eventualmente non identificabili; le linee guida per l'integrazione delle unità operative di chirurgia della mano nel sistema dell'emergenza-urgenza.

Tali argomenti rivestono una importanza strategica e, sino ad oggi, nulla è stato predisposto a livello del Ministero della sanità, mentre le regioni, attraverso il proprio coordinamento, hanno deliberato, nel mese di maggio 1997, la riattivazione di un «Gruppo tecnico interregionale permanente sui temi dell'emergenza», con i seguenti compiti: preparazione di un primo documento sul programma di lavoro del Gruppo in riferimento alla individuazione delle priorità nel campo dell'emergenza sanitaria, da sottoporre all'approvazione della Conferenza degli assessori, con particolare riferimento agli allegati previsti nell'Atto intesa tra Stato e regioni di linee guida sull'emergenza sanitaria; l'individuazione degli interventi più idonei in caso di maxi emergenze; l'espressione di un parere sullo schema di decreto sulle ambulanze di soccorso per l'emergenza speciali nei centri storici (miniambulanza).

Il Gruppo di lavoro, insediatosi il 28 ottobre 1997 a Bologna, e coordinato dalla regione Emilia Romagna, ha identificato come primo obiettivo quello di giungere al completamento degli allegati previsti nell'Atto di intesa, con riferimento anche alle problematiche legate alla mancata distribuzione delle 30 coppie di frequenze assegnate alla sanità dal Ministero delle poste e telecomunicazioni. Tale programma è stato presentato formalmente a tutti gli assessori alla sanità in data 26 gennaio 1998, mentre la prima relazione sullo stato dei lavori del Gruppo tecnico è stata trasmessa al nuovo coordinamento delle regioni (regione Lazio) in data 8 aprile 1998.

A tutt'oggi, il Gruppo di lavoro tecnico delle regioni ha elaborato i seguenti documenti: un documento finale sul *triage* in emergenza; un documento, in via di completamento, relativo alla formazione del personale medico ed infermieristico, mentre deve essere attivata la stesura di quello relativo alla formazione del soccorritore e del volontario.

Ciò significa che l'efficacia dell'intervento sanitario complessivamente inteso dipende dalla capacità del sistema di intervento straordinario per maxiemergenze di integrarsi ed interagire con i sistemi operativi già consolidati.

Da quanto sopra emerge, dunque, la necessità di sottolineare alcuni aspetti e punti che rappresentano anche la piattaforma per una proposta del Gruppo di lavoro della Commissione d'inchiesta, che sarà, però, meglio definita alla fine di quest'anno, successivamente ad una serie di audizioni ed al completamento dell'indagine avviata dalla Federazione di medicina d'urgenza. I principali punti da sottolineare riguardano: un maggiore investimento culturale nel settore dell'emergenza; una migliore definizione dei compiti di coordinamento a livello nazionale; l'istituzione di gruppi di lavoro formalizzati costituiti dalle regioni per affrontare problemi comuni; il completamento degli allegati all'Atto di intesa; un maggiore coinvolgimento della Protezione civile e la costituzione della Commissione regionale paritetica per le questioni dell'emergenza; un maggiore sostegno alle regioni per il completamento della ristrutturazione della rete

ospedaliera; la definizione dei problemi inerenti il ruolo della medicina d'urgenza.

Su questi temi il Gruppo di lavoro incentrerà i lavori dei prossimi mesi per arrivare entro la fine dell'anno alla elaborazione del documento definitivo di proposta al quale si accennava sopra, nella speranza di riuscire a fornire il maggior numero di informazioni e dati possibili per migliorare lo stato dei servizi di emergenza-urgenza nel nostro paese.

Queste sono le nostre proposte. Per concludere l'indagine, in autunno ci proponiamo di sentire il Ministro delle comunicazioni e il rappresentante della Telecom per concordare un piano volto a rendere agibili queste 30 radiofrequenze. Inoltre convocheremo i rappresentanti della Società italiana medicina di urgenza, nonché i rappresentanti delle regioni scegliendo a caso un rappresentante delle regioni del Nord, del Centro e del Sud.

Dopo queste audizioni saremo in grado di formulare un documento finale aggiornato a tutto il 1998 dal quale emergerà sicuramente lo stato di attuazione dei servizi di emergenza con particolare riguardo al servizio «118».

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore De Anna per il lavoro svolto.

Do ora la parola ai senatori che intendono intervenire, con l'intesa che eventuali suggerimenti e proposte di integrazioni concernenti la relazione saranno discussi in altra seduta.

DI ORIO. Signor Presidente, a nome del mio Gruppo voglio esprimere apprezzamento per la relazione preliminare svolta dal senatore De Anna. Anche se poi esamineremo in maniera più approfondita il documento messo a disposizione, possiamo già affermare che è stato compiuto un ottimo lavoro ed è stata formulata una altrettanto valida relazione. Riteniamo come Gruppo che questo sia esattamente il tipo di lavoro che la Commissione deve svolgere.

Vorrei ringraziare in particolare il senatore De Anna perchè il lavoro che egli ha svolto è stato veramente apprezzabile.

I compagni del mio Gruppo interverranno nel merito, mentre io voglio soltanto sottolineare come sia giusto lavorare su progetti e su analisi di vasta portata senza inseguire la cronaca. Dal nostro punto di vista riteniamo che il lavoro compiuto sia significativo.

Signor Presidente, forse è il caso che questo lavoro, dopo una ratifica da parte della Commissione, diventi patrimonio della nostra Commissione anche per il futuro in modo che costituisca un esempio.

Dalle analisi esposte ritengo ci siano possibilità di intervento anche di carattere politico nei confronti dell'Esecutivo per sollecitarlo ad intervenire nei settori che la relazione ha individuato.

Ripeto, i miei compagni di Gruppo interverranno nel merito, mentre io voglio soltanto ribadire il nostro apprezzamento per il lavoro svolto, in particolare per la coerenza metodologica dimostrata nonché per avere acquisito un primo patrimonio di conoscenze di grande interesse. Il successivo dibattito consentirà certamente di apportare delle modifiche al lavoro

svolto ma tale patrimonio rappresenta un elemento importante a nostra disposizione. Credo pertanto che questa sia la strada giusta da seguire nel prosieguo dei nostri lavori.

Vorrei però far notare – e desidero che venga verbalizzato – che solo la maggioranza mostra di essere sensibile nei confronti di tale problematica. Al momento, infatti, non sono presenti in Commissione i parlamentare del Polo. Mi spiace che l'opposizione, che dovrebbe svolgere un ruolo di stimolo nei confronti dell'Esecutivo, non riesca invece a mostrare lo stesso interesse della maggioranza verso un argomento nel quale questa Commissione crede molto.

DE ANNA. Se mi è consentito, vorrei rispondere all'osservazione, del senatore Di Orio. Come avete potuto osservare, il gruppo di studio non ha svolto un lavoro di carattere politico ma ha cercato di elaborare un documento, non ancora completo, il più asettico possibile.

DI ORIO. È una questione di sensibilità.

BERNASCONI. Senatore De Anna, l'accusa non è rivolta al gruppo di lavoro che oltretutto non essendo parlamentare non può avere una visione politica del problema e tanto meno una visione di parte.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, prendo atto della dichiarazione del senatore Di Orio, sulla quale non ho nulla da eccepire. Mi permetto solo di dire che probabilmente c'è stata una forzatura nel voler comunque presentare la relazione preliminare in questa giornata.

Condivido nel merito quanto affermato dal senatore Di Orio ma in questi giorni il problema di garantire la presenza dei senatori ai lavori delle Commissioni non credo sia unicamente del Polo. È sufficiente osservare la frequenza con cui in Aula manca il numero legale.

BERNASCONI. Signor Presidente, quando il ministro De Lorenzo nel 1992 ci presentò la bozza di decreto relativa ai servizi di emergenza ricordo che all'epoca pur trovandoci all'opposizione contribuimmo in maniera costruttiva al dibattito sull'istituzione del servizio di emergenza «118» sollecitando il Ministro a far sì che esso non si risolvesse semplicemente in una centralina telefonica. Peraltro, per moltissimi anni questo è stato il vero carattere di tale servizio. Oggi non deve più essere così.

Il servizio «118» è una strutturazione territoriale dell'emergenza anche, ma non solo basata su opportuni collegamenti telefonici; di qui la relazione tecnica svolta da un docente del politecnico e da altri tecnici informatici. Tale aspetto però, sebbene importante rappresentando l'*hardware* del sistema, sul piano politico a noi interessa relativamente.

Ciò di cui si deve interessare la nostra Commissione e che è stato oggetto della relazione del senatore De Anna, da me peraltro molto apprezzata, è capire quale organizzazione sanitaria deve sottostare al funzionamento del sistema. È il punto centrale dell'analisi perchè, al di là delle

difficoltà incontrate da alcune regioni nel realizzare il servizio di emergenza, c'è un fattore che a mio parere accomuna tutte le regioni, comprese quelle che in parte hanno già posto in essere tale struttura: la difficoltà di comprendere quale sia l'organizzazione della rete operativa interna al servizio di emergenza «118» e quali siano i servizi compresi in detta struttura.

Laddove il «118» è stato attivato ci si è preoccupati principalmente di coordinare una serie di ospedali presso i quali smistare le chiamate di soccorso mettendo a disposizione servizi (ambulanze e mezzi di soccorso) e posti letto. Sono pochissimi gli ospedali dotati di un sistema computerizzato di rilevazione dei posti letto. Pertanto indirizzare un malato grave in un ospedale che offre specifiche prestazioni di alta specializzazione non crea grandi problemi. Altrettanto non può dirsi nell'indirizzare un malato non grave in una normale struttura ospedaliera che abbia una qualche disponibilità di posti letto, occorrendo in tal caso una telefonata al medico di guardia del pronto soccorso. Il sistema quindi non è completo neppure in tal senso e il servizio d'emergenza «118» è stato spesso concepito come una sorta di rapporto interospedaliero per lo smistamento delle chiamate di soccorso. Ciò costituisce sul piano politico il maggior limite strutturale del «118».

Occorre quindi riportare il soccorso ordinario in ambito territoriale, spostando sul territorio i servizi normalmente centralizzati nella struttura ospedaliera. Non aver inserito nel «118» il servizio di guardia medica, ovvero il soccorso quotidiano, è stato quindi un errore fondamentale.

Inoltre, mentre ci preoccupiamo di effettuare un *triage* del personale sanitario non medico trascuriamo completamente il fatto che i medici del servizio di guardia medica spesso sono neolaureati impegnati in un compito gravoso e con uno stipendio relativamente basso. Essi spesso vengono assegnati al pronto soccorso territoriale perchè non hanno altre possibilità di formarsi, dimenticando però che moltissime delle chiamate sono di carattere ordinario e richiedono comunque una certa esperienza.

Concepire il «118» come elemento di unificazione di tutte le strutture di emergenza, e in particolar modo della guardia medica territoriale, è un punto politico fondamentale anche per la formazione stessa dei medici che svolgono il servizio di guardia medica. In tal modo, inoltre, si viene a creare un legame forte tra ospedale e territorio che può portare a far convivere fisicamente il livello territoriale con il pronto soccorso più qualificato, il DEA (dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione). I medici della guardia medica possono così continuare ad assistere i pazienti ospedalizzati a seguito di una chiamata di soccorso.

Il senatore De Anna nella relazione accenna a tale aspetto del problema che, sottolineo, è fondamentale. Pertanto desidero porre l'accento sul fatto che una struttura di emergenza-urgenza deve comprendere non soltanto i mezzi di soccorso e il personale volontario opportunamente addestrato, ma anche e soprattutto il servizio di guardia medica territoriale.

Detto questo, che era ciò che più di ogni altra cosa mi premeva evidenziare, sottolineo che, se vi fosse la volontà, le carenze nei collegamenti

telefonici si potrebbero risolvere in tempi relativamente brevi, non trattandosi di un problema ostativo in sè.

Vorrei infine intervenire su alcune proposte relative ad una migliore definizione dei compiti di coordinamento a livello nazionale del servizio di emergenza. In proposito faccio riferimento al Giubileo. E cito una proposta da me avanzata al sindaco Rutelli e a chi stava organizzando l'emergenza per il Giubileo, basata sulla considerazione che il soccorso per questo o per altri grandi eventi non è solo quello su strada ma anche quello presso tutti i centri di grande aggregazione, per esempio di turisti. Il fatto che in Italia non abbiamo ancora nei grandi musei un servizio di guardia medica – già presente in altre parti del mondo – e un minimo di supporto di attrezzatura di pronto soccorso è davvero inconcepibile.

Dovremmo anche preoccuparci – visto che vogliamo non solo entrare in Europa ma nel mondo – di organizzare questi servizi usando forme agevoli e flessibili di rapporto lavorativo: il Giubileo non è un evento che si ripete negli anni, perciò è auspicabile usare forme di contratto a tempo per poter attivare tutte queste strutture di guardia medica di emergenza all'interno dei punti di maggiore affluenza di turisti o di pellegrini.

Riguardo all'istituzione di gruppi di lavoro formalizzati da parte delle regioni per affrontare problemi comuni, io rispetto molto il regionalismo e credo che in tale materia si debba ormai demandare molto alle regioni, in maniera che si autoorganizzino e trovino punti comuni. Ci sono zone di confine che hanno gli stessi problemi e saranno le regioni contigue a pensare come organizzarsi.

Comprendo meno, ma questa è una mia distorsione professionale, la puntualizzazione sulla medicina d'urgenza. Il collega De Anna, che è chirurgo, ricorderà che per molti anni – e più per ragioni di cattedra universitaria che di distinzione professionale – c'era stata la chirurgia d'urgenza, di cui era stato alfiere l'ottimo chirurgo Standacher, che aveva creato non solo la specialità di chirurgia d'urgenza ma anche le strutture relative. Tali strutture man mano si sono perse nel tempo, non perché è scomparso Standacher ma perché, per fortuna, si è giunti ad una ridefinizione dell'urgenza come parte del patrimonio culturale e professionale che ogni chirurgo deve avere, non come disciplina a sé stante. Il medesimo discorso vale anche per la medicina d'urgenza. Oggi però abbiamo ancora pressioni di interesse universitario, specialistico, divisionale, quindi anche di spazio professionale e primario per distinguere la medicina d'urgenza. Io sono una vecchia internista e continuo a pensare che non ci sia l'internista che fa l'urgenza e l'internista che fa il lavoro di *routine*. Anzi, se l'internista occupato in una struttura di pronto soccorso a turnazione, non come lavoro costante, alle spalle non ha un solido bagaglio di quotidianità ospedaliera non è in grado di fare, per esempio, una buona diagnosi differenziale. Quindi, cercherei in questo documento di porre il problema senza però dare spazio più di tanto a interessi che non sono propri della politica in quanto tale o della ricerca del miglior servizio di emergenza-urgenza.

Un'altra anomalia che riscontro è l'inserimento della chirurgia della mano: è vero che sta diventando una specialità ortopedica molto ben dif-

ferenziata, ma sta all'interno di una specializzazione e non ha entità tale da essere inserita obbligatoriamente in un dipartimento d'urgenza. Altro è l'unità spinale, perché è multidisciplinare, molto più complessa e richiede strutture di degenza molto particolari. Comunque credo che avremo modo di discutere di questo quando terremo altre audizioni o andremo – e do immediatamente la mia disponibilità – a visitare i servizi di emergenza «118» che funzionano o altre realtà che possono essere stimulate a organizzarsi.

Il collega De Anna ha poi presentato una proposta di telecomunicazioni a supporto della realizzazione dei servizi di «118».

DE ANNA. Quello è un esempio.

BERNASCONI. Non c'è dubbio ed è fatto anche molto bene. Però insisto, questo riguarda la parte operativa. Ciò che a noi deve interessare è dare spessore alla parte organizzativa del «118», che fino ad oggi nessuna legge ha mai definito in maniera «prepotente». Nell'organizzazione del servizio di emergenza «118» non si devono solo definire i tempi massimi di percorrenza per raggiungere, nelle emergenze molto gravi, un posto sufficientemente attrezzato – sicuramente un punto fondamentale – ma bisogna inserire prepotentemente la medicina nel territorio, in continuità assistenziale e in complementarità di assistenza dell'emergenza. Tenete conto che l'emergenza è quel tipico servizio sanitario che qualifica tutto il sistema: come un ospedale si giudica dal suo pronto soccorso, una politica sanitaria si giudica dalla capacità di assolvere l'emergenza-urgenza; basta un solo caso mortale per carenza organizzativa per mettere in discussione l'intero sistema sanitario nazionale. Non è ammissibile un morto per nostre carenze organizzative.

CAMERINI. Signor Presidente, mi unisco alle lodi collettive al collega De Anna, al quale vorrei porre alcune domande, seguite da alcune considerazioni.

Mi chiedevo qual è la popolazione da un punto di vista numerico minimo e massimo che è consigliabile venga sottesa dal cosiddetto servizio «118». A pagina 6 della relazione è detto che in alcune zone c'è stata un'aggregazione delle strutture del «118», perché – per quello che mi risulta – erano molto frazionate e assorbivano risorse ingenti con un'operatività relativamente scarsa. Sarebbe forse utile portare anche un dato quantitativo.

Mi ricollego poi a quanto ha detto la collega Benasconi in merito al rapporto fra dipartimento di emergenza e sistema «118». Mi pare che il sistema «118» e il dipartimento di emergenza vengano considerati nella relazione non strutture separate ma componenti organizzative lievemente separate. A mio parere dobbiamo dire che il sistema dell'emergenza-urgenza dovrebbe essere gestito dai dipartimenti di emergenza, mentre il servizio «118» dovrebbe essere solo uno strumento operativo dei primi. Anche i responsabili del sistema della centrale operativa non dovrebbero

essere di parte, ma persone che in un certo senso sono espressione del dipartimento di emergenza con il quale vengono condivisi tutti i problemi.

C'è il rischio che in alcuni luoghi ci sia una separazione tra i due sistemi.

Il terzo punto riguarda la guardia medica. Credo che i medici adibiti a questo servizio, come accennato nel testo della relazione, debbano seguire appositi corsi, ma occorre anche ricordare che le caratteristiche qualitative di queste persone, come quelle di tutti coloro che si occupano di emergenza, debbono essere continuamente verificate e supportate. C'è tutta una serie di studi che dimostra che le persone che, ad esempio, sono state istruite per il trattamento dell'arresto cardiaco se non vengono periodicamente verificate e supportate vanno incontro a un decadimento della loro qualità di lavoro.

Un quarto aspetto riguarda le autoambulanze. Anche sulla base dell'esempio anglosassone, credo occorra operare una serie di semplificazioni. Abbiamo autoambulanze di tipo A e di tipo B, mezzi di soccorso avanzati con personale medico-infermieristico, centri mobili di rianimazione e terapia intensiva; si è parlato anche di unità coronariche mobili (che ho criticato) e di miniambulanze. Credo che differenziazioni di questo genere creino solo confusioni; a mio avviso, dovremmo avere una struttura più semplice per rendere più efficiente il sistema.

Altro punto su cui mi soffermo è quello della medicina d'urgenza. Non sono d'accordo con la collega Bemasconi, ma si sa che noi rappresentiamo una società aperta e ci confrontiamo in continuazione. La medicina d'urgenza è senza dubbio parte della medicina generale, però credo che prima di trarre conclusioni definitive dovremmo renderci conto di come funzionano i reparti dove esiste la medicina d'urgenza. Ho avuto occasione di osservarli da vicino e per questo motivo posso dire che tali reparti utilizzano persone preparate che lavorano in un sistema che copre le 24 ore, utilizzando tutta una serie di cognizioni che i medici di medicina generale non hanno. Saper trattare un avvelenamento da funghi o un coma di origine ignota o una insufficienza respiratoria richiede una serie di competenze specifiche.

Del resto, tralasciando gli aspetti deteriori che sono stati citati, ricordiamo che in alcuni paesi, come ad esempio gli USA, esistono le *medical intensive care* che costituiscono le terapie intensive mediche dove vengono affrontati questi problemi e dove i tempi di degenza nei casi a basso rischio non sono superiori alle 24 ore, tempo che non viene quasi mai rispettato in un reparto di medicina generale. Prima di trarre conclusioni quindi cerchiamo di analizzare come funzionano queste strutture e questi reparti.

I 34 milioni di cittadini transitati nei servizi di emergenza non costituiscono un dato significativo perché occorre ricordare che attualmente nei nostri dipartimenti di emergenza passano delle emergenze assolutamente ingiustificate, che derivano dalla circostanza che è comodo ottenere una serie di esami e di consulenze nell'ambito di poche ore.

Infine, vorrei ricordare che uno dei problemi dei dipartimenti è quello formativo perché l'emergenza richiede competenze particolari e specifiche, aggiornamenti continui e anche l'istruzione del personale «laico» in certe materie, aspetto che dovrebbe essere incentivato. Voi tutti sapete che se non esiste nella popolazione una preparazione specifica, ad esempio l'arresto cardiaco rischia di non avere un trattamento adeguato. Per questo sarebbe importante pensare anche all'istruzione dei cittadini laici in relazione ad alcuni trattamenti.

MIGNONE. Anch'io esprimo apprezzamento per la relazione preliminare del senatore De Anna, che ritengo sia valutabile anche in base al grado di attenzione prestata dai senatori Zilio e Papini, che sono i soli senatori presenti che non sono medici.

Al di là di questo apprezzamento, mi sono stupito dei ritardi di coordinamento che si registrano a livello centrale. Forse alcuni di essi sono comprensibili, ma questo non vuol dire che non ci debbano preoccupare, proprio perchè da questi ritardi ne discendono altri a livello di organizzazione periferica che sono stati evidenziati. Abbiamo ascoltato che la razionalizzazione della rete ospedaliera a livello regionale è anche conseguenza della attuazione del servizio «118».

Anche la medicina dei trapianti è danneggiata dalla mancata realizzazione di questo servizio e pertanto colgo questa occasione per auspicare che il Parlamento svolga un'azione di pungolo e di stimolo sul Ministero della sanità perchè questi ritardi siano superati.

Voglio svolgere una ulteriore considerazione per quanto riguarda i rapporti tra il «118» e i medici di medicina territoriale, non soltanto quelli della guardia medica. Proprio il dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione deve essere lo strumento per favorire l'integrazione tra medicina ospedaliera e medicina territoriale: guai, a mio parere, impegnare solo i medici della guardia medica territoriale! Tutti i medici di base devono essere coinvolti proprio per cogliere questo strumento ai fini dell'atteggiamento e della formazione permanente dei medici di medicina territoriale.

Un'altra domanda. Il senatore De Anna ha poi parlato della chirurgia della mano come tassello importante ai fini della realizzazione del sistema «118». Vorrei sapere se non ritiene di creare dei precedenti a favore di queste branche settoriali e se non ritiene in questo modo di mettere in ombra quella che è una disciplina base del dipartimento di emergenza, la traumatologia. Effettivamente valuterei questo suo impegno come un limite; invece bisogna valorizzare molto la traumatologia così come, per quanto riguarda la medicina d'urgenza, la medicina interna. Oltre che cardiologo sono anche internista e devo dire che la medicina d'urgenza ha delle peculiarità: così come nell'ambito della medicina interna ci sono varie specializzazioni, la medicina d'urgenza è un'ulteriore specializzazione che abitua il medico ad affrontare con tempestività determinate situazioni di emergenza. Per cui, senza privilegiare una particolare disciplina, forse

sarebbe opportuna un'ulteriore riflessione per quanto riguarda l'organizzazione a rete del «118».

PAPINI. Signor Presidente, concordo con la senatrice Bernasconi sulla pregnanza dell'aspetto organizzativo, formativo e professionale del servizio. Dal momento che l'impatto sull'organizzazione dell'aspetto tecnologico non è nullo, sarebbe opportuno valutare in termini più espliciti quali sono gli elementi di connessione critici, perchè sono poi quelli su cui forse bisognerebbe ragionare per le soluzioni organizzative.

ZILIO. Signor Presidente, mi complimento ancora, come già hanno fatto i colleghi, con il senatore De Anna per l'ottimo lavoro svolto, anche se risulta preoccupante vedere lo stato di attuazione di questo servizio di emergenza.

Prendo spunto da un accenno del senatore Camerini per dire che sarebbe interessante acquisire anche i dati relativi a qualche esperienza straniera, per vedere come funzionano all'estero questi servizi di emergenza, da cui forse qualcosa potremmo imparare.

PRESIDENTE. Anch'io esprimo il mio personale compiacimento per la relazione svolta dal senatore De Anna.

In relazione al problema che ha sollevato la senatrice Bernasconi sui rischi derivanti dal ritardo, in vista del Giubileo, nell'attuazione dei servizi di guardia medica in sedi di grande afflusso di pubblico (come i musei), sarebbe a mio parere opportuno predisporre una mozione, che potremo porre in votazione alla ripresa dei nostri lavori, dopo la pausa estiva.

Rinvio il seguito del dibattito sulla relazione del senatore De Anna ad altra seduta, nel corso della quale potremo comunque dare formale corso deliberativo alla proposta della senatrice Bernasconi.

I lavori terminano alle ore 16,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

