



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 8

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SUL TRASPORTO DEGLI INFERMI  
E SULLE RETI DI EMERGENZA ED URGENZA**

44<sup>a</sup> seduta: mercoledì 10 dicembre 2008

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

**I N D I C E****Audizione di esperti**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 10, 16 e <i>passim</i>		LONGO . . . . .	Pag. 8, 18
* D'AMBROSIO LETTIERI (PdL) . . . . .	13		MAGRO . . . . .	3, 15, 16
SACCOMANNO (PdL) . . . . .	10		POMO . . . . .	9, 16

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.

*Intervengono, per l'Aeronautica militare, con riferimento all'attività di ricerca e salvataggio – Search and Rescue (SAR) il generale di divisione aerea Paolo Magro, capo del 3° Reparto dello Stato Maggiore dell'Aeronautica, il colonnello Corrado Cicerone, capo della Sala situazioni dello Stato Maggiore dell'Aeronautica, entrambi accompagnati dal maresciallo Claudio Barbieri, addetto di sezione, per la Regione Puglia il dottor Fulvio Longo, dirigente del servizio assistenza territoriale e prevenzione dell'assessorato alle politiche della salute della Regione Puglia e il dottor Vincenzo Pomo, direttore dell'area programmazione e assistenza territoriale dell'agenzia regionale sanitaria (ARES) Puglia.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza, sospesa nella seduta del 2 dicembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e video e la trasmissione sul canale satellitare e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi in programma l'audizione di esperti.

Sono presenti in particolare, per l'Aeronautica militare – *Search and Rescue (SAR)* – il generale di divisione aerea Paolo Magro, capo del 3° Reparto dello Stato Maggiore dell'Aeronautica, il colonnello Corrado Cicerone, capo della Sala situazioni dello Stato Maggiore dell'Aeronautica, entrambi accompagnati dal maresciallo Claudio Barbieri, addetto di sezione e, per la Regione Puglia, il dottor Fulvio Longo, dirigente del servizio assistenza territoriale e prevenzione dell'assessorato alle politiche della salute e il dottor Vincenzo Pomo, direttore dell'area programmazione e assistenza territoriale dell'agenzia regionale sanitaria (ARES) Puglia.

A nome della Commissione do il benvenuto ai nostri ospiti e cedo loro immediatamente la parola.

MAGRO. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per averci offerto l'opportunità di illustrare nell'ambito della presente indagine conoscitiva il contributo dell'Aeronautica militare in materia di tra-

sporto sanitario, e più in generale, per ciò che attiene alla salvaguardia della vita umana.

Nel merito, illustrerò rapidamente i due settori di cui si occupa l'Aeronautica militare: il trasporto di Stato, che include anche quello per ragioni sanitarie, e il soccorso aereo.

La normativa cui fanno riferimento tali attività è costituita da diversi provvedimenti. Mi riferisco in primo luogo al regolamento interministeriale per il trasporto d'urgenza di ammalati e traumatizzati gravi in base al quale, qualora non vi siano mezzi adeguati a disposizione delle organizzazioni preposte al soccorso, le Forze armate possono offrire il loro contributo impiegando i propri mezzi.

Altra norma fondamentale per l'espletamento della nostra attività è l'accordo stipulato il 5 maggio del 2006 tra la Presidenza del Consiglio dei ministri e il Ministero della difesa, che regola le modalità con le quali l'Aeronautica militare presta il servizio di trasporto di Stato, ovvero assicura i trasferimenti in Italia e all'estero delle autorità istituzionali, attività che potremmo definire in qualche modo il *core business* del trasporto di Stato. Sempre con riguardo a quest'ultimo servizio, ma anche per ciò che concerne il trasporto aereo per ragioni sanitarie, ricordo che è stata emanata il 25 luglio del 2008 una direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri che ne definisce in dettaglio le modalità di erogazione da parte dell'Aeronautica militare. La Presidenza del Consiglio dei ministri costituisce il centro di riferimento, nonché la sede di coordinamento unitaria del trasporto aereo di Stato, laddove il controllo operativo e tattico degli aeromobili compete invece alla Sala situazioni dello Stato maggiore dell'Aeronautica. Gli aeromobili sono tutti assegnati al 31° Stormo, l'unità organica che effettua questo servizio.

Nell'ambito del trasporto aereo di Stato per ragioni sanitarie esistono due tipologie differenti: il trasporto sanitario d'urgenza e quello per ragioni umanitarie. Il trasporto per ragioni sanitarie d'urgenza viene effettuato a favore di cittadini italiani gravemente ammalati e traumatizzati, nei casi di imminente pericolo di vita, qualora non siano trasportabili con altri mezzi e non esista nel luogo ove si trovano la possibilità di un'assistenza adeguata. A tale tipologia di trasporto fa riferimento l'articolo 2 della direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del 25 luglio del 2008 sopra citata. Esso può essere effettuato, inoltre, quando debbano essere eseguiti interventi sanitari entro limiti di tempo determinati e improrogabili: è il caso, ad esempio, del trasporto degli organi da trapianto e di personale medico.

Le richieste di trasporto sanitario d'urgenza sul territorio nazionale vengono avanzate dalle autorità sanitarie locali alla prefettura competente. La valutazione primaria dell'esigenza compete dunque alla locale prefettura, che provvederà ad interessare la Sala situazioni dello Stato maggiore Aeronautica per l'esecuzione del volo.

Nel caso di trasporto sanitario e d'urgenza in campo internazionale, le richieste devono essere avanzate dalle autorità sanitarie del luogo in cui il paziente è ricoverato o, come spesso capita, da un familiare dell'in-

teressato, alle autorità diplomatiche che interesseranno a loro volta la prefettura italiana del luogo in cui il paziente verrà assistito. Se, ad esempio, il paziente dovrà essere ricoverato a Genova, verrà interessata la prefettura di quella città. La prefettura prenderà quindi contatto con la Sala situazioni dello Stato maggiore dell'Aeronautica per l'esecuzione del volo.

Riassumendo: l'esigenza del trasporto viene rappresentata dagli ospedali alle ambasciate, qualora si tratti di trasporto internazionale, o alla prefettura se il trasporto avviene sul territorio nazionale. A tale segnalazione segue dunque l'interessamento della Sala situazioni dello Stato maggiore dell'Aeronautica, per l'approvazione tecnica e la pianificazione del volo che sarà poi effettuato da un velivolo del 31° Stormo.

L'Aeronautica militare, in armonia con quanto previsto dalle norme della già citata direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri, assicura continuativamente, nell'arco delle 24 ore, 365 giorni all'anno, la disponibilità di un idoneo velivolo, pronto in due ore, per l'effettuazione del trasporto sanitario d'urgenza. Generalmente vengono utilizzati velivoli del 31° Stormo, ma non è escluso che possano essere adibiti anche quelli di altri reparti; tanto per fare un esempio recentemente è stato utilizzato, data la sua particolare capienza, un aereo C-27J per trasportare un paziente obeso ed il suo letto che disponeva delle strutture necessarie alla assistenza. Tra i velivoli adibiti a questo servizio vi sono anche un Falcon 900 e un Falcon 50 e, in relazione alle varie esigenze, possono essere messi a disposizione anche aerei P180, elicotteri HH-3F, e aerei C-27 o C-130, nel caso vi sia la necessità di imbarcare l'intera ambulanza, come talvolta si è verificato.

Il trasporto per ragioni sanitarie umanitarie viene effettuato, in favore di cittadini italiani dimoranti in Italia o all'estero, quando sussistono condizioni di disagio grave connesse a situazioni di malattia o calamità. Quando questo trasporto avviene sul territorio nazionale le richieste vengono avanzate alla Presidenza del Consiglio dei ministri – Ufficio voli di Stato, per la valutazione di merito, che provvederà ad interessare la Sala situazioni dello Stato maggiore Aeronautica per la valutazione di fattibilità tecnico-operativa e per l'esecuzione del volo. In tali circostanze, per quanto riguarda la valutazione di fattibilità può essere chiamata in causa anche la nostra infermeria principale di Pratica di mare che si esprime sia sulla tipologia di velivolo da impiegare, sia sull'allestimento del velivolo stesso.

Faccio al riguardo l'esempio – peraltro oggetto di una trasmissione televisiva – del recupero in Australia di un paziente italiano in coma. L'operazione ha richiesto una pianificazione molto complessa – vista la durata del volo (27 ore), il numero degli scali (tre all'andata e quattro al ritorno), ed un cambio d'equipaggio – ma ha consentito al cittadino di essere ricoverato all'ospedale di Genova. Naturalmente di esempi di questo genere ce ne sono tantissimi.

In campo internazionale, invece, le richieste devono essere avanzate dalle autorità sanitarie del Paese in cui il paziente è ricoverato alle autorità diplomatiche italiane che interessano il Ministero degli affari esteri che, a

sua volta, interpella la Presidenza del Consiglio dei ministri. Ora, mentre nel caso del trasporto sanitario d'urgenza, vista la natura del servizio, è previsto un passaggio diretto tra le prefetture e l'Aeronautica militare e, non essendovi i tempi per una valutazione intermedia, questa viene effettuata a nostra cura, in quello del trasporto sanitario umanitario la valutazione di merito sull'opportunità di offrire il volo per il cittadino spetta alla Presidenza del Consiglio dei ministri, che interagisce con l'Aeronautica militare onde verificarne la fattibilità dal punto di vista tecnico.

Nella documentazione che metteremo a vostra disposizione potrete osservare degli esempi di allestimento di velivoli per voli sanitari. Disponiamo ad esempio di un sollevatore per le lettighe che può sostenere fino a 150 chili e di un *Ambulift*, una *facility* di cui non tutti gli aeroporti dispongono e che invece è molto importante posto che ci consente di superare delle problematiche di natura sanitaria che incontriamo soprattutto per pazienti che superano un determinato peso.

La Forza armata ha acquisito recentemente una capacità particolare, mi riferisco al trasporto di pazienti affetti da patologie ad alta contagiosità e di particolare pericolosità per la salute pubblica che può essere effettuato solo con un certo tipo di barella denominata *aircraft transit isolator* di cui ci siamo dotati (ne possediamo due che conserviamo presso l'aeroporto militare di Pratica di mare), imbarcabile su velivoli della classe C130 e C127. Questa iniziativa è stata particolarmente apprezzata dal Ministero della salute e da quello dell'interno che, peraltro, guida il gruppo di lavoro interministeriale che si sta occupando dello studio delle procedure da applicare in ambito nazionale. Sono stati inoltre stipulati degli accordi con alcuni ospedali di riferimento, e nello specifico il «Luigi Sacco» di Milano e il «Lazzaro Spallanzani» di Roma. Abbiamo già avuto dei casi di trasporto con la barella in biocontenimento, di cui il primo effettuato il 24 gennaio 2006 ed un altro, che ha avuto ampia risonanza mediatica, che ha avuto luogo nel maggio del 2007, da Torino all'ospedale Spallanzani di Roma.

Vorrei ora fornire qualche dato numerico che testimonia l'attività svolta dalla Forza armata nell'anno 2008 nel campo dei trasporti sanitari: sono state effettuate 1.529 ore avvalendosi di velivoli della flotta di Stato ed altre 116 ore utilizzando altri mezzi, ovvero velivoli non specificamente dedicati all'attività di trasporto di Stato, ma resi disponibili dalla Forza armata. Il totale ammonta a 1.645 ore. Negli anni l'attività si è stabilizzata intorno alla media significativa di 1500 ore di volo all'anno, con circa 500 missioni l'anno, il che significa più di una al giorno.

L'altra attività che l'Aeronautica militare svolge nell'ambito delle reti di emergenza è quella del soccorso aereo, ovvero il servizio preposto alla condotta di operazioni di ricerca e salvataggio di personale disperso e in pericolo di vita coinvolto, a qualsiasi titolo, in incidenti aerei di velivoli militari. Questo servizio viene offerto, con velivoli in prontezza ventiquattr'ore su ventiquattro nei diversi centri dispersi nel territorio, anche in concorso con le altre autorità competenti per operazioni di soccorso, sia in terra che in mare. Grazie alla capacità di intervenire in ogni situazione

meteorologica e, soprattutto, nelle ore notturne, mediante l'uso di strumenti quali i *night vision goggles* che incrementano la capacità di visione degli equipaggi, i nostri elicotteri spesso sono chiamati a svolgere determinate operazioni che, ad esempio, i mezzi del 118 non sono in grado di effettuare (tanto per fare un caso concreto mi riferisco al trasporto da e per le isole in condizioni climatiche avverse).

Come potrete osservare nella documentazione, i nostri centri sono distribuiti su tutto il territorio nazionale e garantiscono una copertura integrale dello spazio aereo italiano. La struttura di comando e controllo, RCC (*rescue coordination centre*), è situato a Poggio Renatico. A questo proposito, sento il dovere di segnalare che in Italia non è ancora stata emanata una legge che stabilisca con chiarezza le responsabilità in materia di ricerca e soccorso aereo, posto che in mare la responsabilità è della Capitaneria di porto – Guardia costiera, che esercita questa funzione attraverso i suoi centri di coordinamento (*maritime rescue coordination centre*), anche se le capacità di intervento con mezzi aerei sono legate agli elicotteri messi a disposizione dall'Aeronautica militare. Sul territorio, invece, non esiste un dispositivo normativo che definisca le competenze in materia di ricerca e soccorso in caso di incidente aereo. Di fatto il servizio è svolto dall'Aeronautica militare sin dal 1947, quando nel Ministero dell'aeronautica erano riunite le competenze sia dell'aviazione civile che dell'aeronautica militare; con la separazione delle competenze avvenuta nel 1967, però, mentre per quanto riguarda le altre attività riguardanti l'aviazione civile sono state emanate specifiche normative, in materia di soccorso aereo la competenza di fatto è rimasta in capo all'Aeronautica militare, ma al di fuori di qualsiasi previsione normativa.

So che questa non è forse la sede propria, visto che la materia è in realtà di competenza della 8<sup>a</sup> Commissione, ma vorrei comunque esprimere il mio rammarico per la scarsa sinergia tra i vari settori che talvolta si ravvisa in Italia. Si sta infatti emanando un provvedimento per dotare la Capitaneria di porto – Guardia costiera di una flotta di ben 35 elicotteri, laddove secondo la visione della Forza armata – che coincide con il mio parere personale – sarebbe stato sufficiente integrare di poche unità il numero di elicotteri che stiamo acquisendo per rinnovare la nostra flotta, mantenendo in capo all'Aeronautica la responsabilità di fornire questo servizio. Lo dico anche perché la Capitaneria di porto – Guardia costiera a tal fine dovrà acquisire sia equipaggi, di cui noi siamo invece già dotati, sia di centri e strutture che sono invece già nelle nostre disponibilità. A mio parere percorrere questa strada rappresenta un errore che, peraltro, comporta anche un inutile dispendio di risorse.

Concludo qui rimanendo ovviamente a disposizione per ogni eventuale ulteriore richiesta di informazione o chiarimento i commissari volessero rivolgerci.

Desidero inoltre lasciare agli atti della Commissione un documento volto ad illustrare le considerazioni svolte.

*LONGO.* Signor Presidente, ringrazio lei, i componenti della Commissione e gli ospiti qui presenti per l'opportunità di riferire in merito al servizio di emergenza ed urgenza territoriale.

Il suddetto servizio è stato attivato nella Regione Puglia a partire dall'aprile del 2002, con l'istituzione della Centrale operativa di Bari cui ha fatto seguito quella delle altre quattro Centrali operative provinciali; tale articolazione è rimasta la stessa anche attualmente, nonostante nel frattempo sia stata istituita la Provincia di Barletta-Andria-Trani, la cui area viene quindi coperta dalla Centrale operativa di Bari.

L'attuale organizzazione del servizio 118 prevede complessivamente l'utilizzo di 25 ambulanze del tipo Victor, 29 del tipo India e 92 del tipo Mike, più 1 automedica e 5 punti di primo intervento, per un totale di 147 automezzi di soccorso. I medici impegnati nel servizio sono 435, su una pianta organica di 490 unità, e gli infermieri – di cui è nota la carenza – coprono tutti i turni di servizio riferiti a 570 unità.

L'attività del 118 relativa al 2007 (secondo dati consolidati) fa registrare 606.003 chiamate e 191.739 soccorsi (dei quali 20.626 sono i codici rossi attribuiti, tra questi, però, quelli valutati sono 6.730).

Parallelamente all'attivazione della rete di postazione territoriale del 118 è stato realizzato su tutto il territorio regionale un progetto di defibrillazione precoce, dotando ciascun mezzo di soccorso di un defibrillatore semiautomatico ed istruendo tutto il personale addetto all'emergenza (compresi gli autisti delle autoambulanze), sulle modalità di supporto alle funzioni vitali (BLS – *Basic life support*), nonché sull'utilizzo del defibrillatore.

Valutata la necessità di approvvigionarsi di mezzi di soccorso idonei ed in numero sufficiente a coprire l'intero fabbisogno regionale, sono state stipulate convenzioni con associazioni di volontariato che hanno permesso di coprire il 66 per cento delle postazioni previste. Nel 2004, a seguito di una *partnership* pubblico-privato, è stato attivato un progetto che ha consentito di registrare su ogni mezzo di soccorso della Regione un tracciato elettrocardiografico, di trasmetterlo per via telematica ad una centrale regionale di refertazione e di ottenere in tempo reale il relativo referto da parte di uno specialista cardiologo.

A tutt'oggi risultano refertati oltre 130.000 tracciati elettrocardiografici, dei quali circa 43.000 riguardano il 2007, con un utilizzo medio del servizio che è passato dai 2000 referti al mese del biennio 2004-2005 ai 4.000 del 2007.

Il progetto in parola ha consentito di attivare, quindi, una rete per il trattamento precoce dell'infarto del miocardio che prevede la possibilità di somministrare un farmaco trombolitico già a bordo del mezzo di soccorso e di effettuare un'angioplastica primaria avvalendosi di una rete di strutture ospedaliere provviste dei servizi di emodinamica.

Per far fronte alle criticità proprie delle aree disagiate della Regione (Isole Tremiti, Gargano e *Sub Appennino Dauno*) è stato di recente attivato un servizio di elisoccorso in sostituzione di quello preesistente di eliambulanze, garantendo in tal modo una maggior qualità delle presta-



zioni di soccorso su un'area più vasta che ricomprende tutta la provincia di Foggia.

È in fase di attuazione l'ammodernamento della rete informatica e delle centrali operative (che consentirà, tra l'altro, di ottenere in tempo reale la visualizzazione di tutti i mezzi di soccorso presenti sul territorio di competenza) e del sistema di comunicazione tra la centrale e i mezzi di soccorso, che permetterà anche la trasmissione di dati in entrambe le direzioni.

Secondo quanto confermato anche dal recente Piano della salute, approvato a settembre, la Regione ha inoltre istituito il Dipartimento regionale per l'emergenza territoriale 118, con il compito di coordinare le centrali operative raccordandole con le attività di protezione e difesa civile, e di garantire protocolli assistenziali e linee guida, in un'ottica di miglioramento della qualità e di omogeneizzazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale.

Particolare attenzione viene rivolta agli aspetti della formazione del personale che partecipa alle attività del servizio 118, sia dipendente, sia in convenzione. Al riguardo vi citerò ora alcune esperienze risalenti allo scorso anno, relative alla Centrale operativa di Bari, anche se tengo a precisare che anche le altre centrali presenti nella nostra Regione hanno provveduto a dotarsi di un centro di formazione che opera su tutto il personale del servizio 118, sia quello proprio che quello convenzionato. Si tratta di esperienze formative particolarmente interessanti di cui tra il 2007 e il 2008 hanno beneficiato oltre 1.100 operatori.

In particolare, desidero ricordare i temi di alcuni di questi progetti formativi, relativi, da una parte, alla LS (*Life Support*) ed alla BLSD (*Basic Life Support Defibrillation*), dall'altra, a temi specifici, quali le urgenze cardiovascolari, il trattamento dei traumi e la gestione delle vie aeree.

Vanno poi menzionati: tre progetti formativi, che hanno coinvolto 500 operatori, uno *stage* sperimentale sull'intervento sanitario in ambienti impervi svolto in collaborazione con i Vigili del fuoco, diverse edizioni di un corso per la salvaguardia dello scenario investigativo in collaborazione con la Polizia di Stato e corsi per autisti per l'avvicinamento all'elicottero e l'accesso alle piste aeroportuali.

Signor Presidente, concludo qui la mia esposizione, rimandando al documento che deposito agli atti della Commissione per un'ulteriore illustrazione delle considerazioni appena svolte. Lascio ora la parola al dottor Pomo, perché possa enucleare alcuni elementi relativi allo sviluppo del sistema 118 in Puglia e soffermarsi sul tema della cardiologia.

*POMO.* Signor Presidente, aggiungerò soltanto alcune brevi notizie ad integrazione di quanto già sottolineato dal collega dottor Longo.

Come si è potuto evincere dal suo resoconto, il nostro servizio – nato in forma sperimentale – in appena 11 mesi ha coperto l'intero territorio regionale ed all'epoca, ovvero nel 2002, è stato un vero *record* ed oggi si avvia ad una strutturazione più completa. Abbiamo ad esempio puntato

su una forte medicalizzazione del 118 che ha già dato risultati egregi tanto che il nostro servizio è tra quelli che registrano il più basso contenzioso a livello nazionale. Nell'ambito della programmata ristrutturazione del servizio, oltre a progetti di formazione continua su temi specifici per il personale medico ed infermieristico, prevediamo di elevare a 530 il numero dei medici impiegati, puntando nel contempo a garantire la presenza anche di personale infermieristico su tutte le ambulanze. Prevediamo altresì l'utilizzo di un congruo numero di automediche che nella Provincia di Bari, dove sono state adottate in fase sperimentale, ad oggi hanno già fornito risultati estremamente positivi in termini di tempestività degli interventi effettuati.

Desidero segnalare però una criticità che, per un verso, riguarda specificamente il servizio 118 e nel cui ambito assume aspetti paradossali considerate le numerose specialità mediche che nell'esercizio di tale servizio vengono richieste e, per l'altro, la formazione medica nel suo complesso.

Nel merito va in primo luogo considerato che le nostre facoltà di medicina formano personale che, per la quasi totalità, trova sbocco occupazionale all'interno del Sistema sanitario nazionale. A fronte di ciò viene però da più parti rilevata una scarsa coerenza tra la programmazione universitaria e le esigenze del Sistema sanitario stesso, tant'è che si riscontrano carenze di personale medico in specialità quali la radiologia, la cardiologia, l'ortopedia e la medicina di pronto soccorso.

Ritengo quindi che, nell'effettuare la programmazione, occorra stabilire un collegamento tra le esigenze del Servizio sanitario nazionale e le università. Ciò riguarda anche la figura dell'infermiere professionale considerato che, come accennato dal collega Longo, gli infermieri oggi sono costretti a far fronte ad esigenze superiori alla loro forza lavoro. Occorre tenere presente che rispetto ad un organico teorico di 570 infermieri, il numero di unità di personale di cui disponiamo è in realtà di gran lunga inferiore, ciò significa che per coprire tutti i turni l'orario del personale infermieristico supera le previste 38 ore settimanali.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per le loro puntuali esposizioni e lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire.

SACCOMANNO (*PdL*). Desidero innanzitutto ringraziare i rappresentanti dell'Aeronautica per le informazioni fornite, particolarmente interessanti per ciò che attiene alle attività svolte in caso di emergenze connesse ai trapianti di organi e nelle operazioni di ricerca e salvataggio SAR (*Search And Rescue*), informazioni che vanno ad integrare, con le loro peculiarità, quanto ascoltato nell'ambito di una precedente audizione di rappresentanti dell'Esercito.

Pur non entrando nel merito della questione posta dal generale Magro a proposito dell'esigenza di un'armonizzazione normativa tra i vari settori e di una migliore allocazione delle risorse logistiche, sarei tuttavia dell'av-

viso che la Commissione potesse farsi portavoce presso la competente Commissione di questa condivisibile istanza.

Come già segnalato, nell'ambito dell'odierna audizione ci sono state fornite utili informazioni in materia di emergenza trapianti e sull'importante contributo offerto in questo campo dal 31° Stormo dell'Aeronautica; al riguardo, desidero però porre una domanda *a latere*, in ordine agli ospedali militari gestiti dall'Aeronautica, tanto per fare un esempio quello situato a Bari, con il quale ricordo che quando ero assessore regionale alla sanità in Puglia cercammo di stipulare delle convenzioni per arricchire l'offerta sanitaria del territorio. Chiedo dunque se esistano altri ospedali del genere sul territorio e se possano essere immessi in rete onde poter garantire una più efficace risposta sanitaria alla cittadinanza. Al di là delle situazioni di emergenza ed alla necessità di intervenire con immediatezza nei soccorsi o dell'intervento che l'Aeronautica militare effettua quando le strutture della medicina civile non sono nelle condizioni di assicurare risposte, vorrei sapere se nei casi in cui gli altri ospedali siano pieni, anche in altre Regioni, e vi siano strutture sanitarie militari a disposizione sul territorio, esista l'opportunità di accogliere in esse vittime di incidenti o pazienti affetti da determinate patologie. In certe situazioni credo che questa possibilità potrebbe essere utilmente perseguita, specificando ovviamente che ciò varrebbe per tutti gli ospedali militari e non solo per quelli dell'Aeronautica militare.

Mi interesserebbe inoltre conoscere il vostro parere circa l'opportunità di avviare in via ordinaria convenzioni tra l'Aeronautica ed alcune aree geograficamente disagiate per operazioni di elisoccorso in volo notturno. Ciò oltre a comportare una piena utilizzazione dei mezzi, credo che renderebbe tutti più solidali e disponibili rispetto alla prospettiva di assegnare nuovi elicotteri all'Aeronautica che in tal modo offrirebbe un contributo importante soprattutto in zone difficili da raggiungere e per le quali non esiste un servizio di elisoccorso in volo notturno. Sarebbe importante poter usufruire in via ordinaria di interventi di questo tipo, organizzando – tanto per fare un esempio che riguarda la mia Regione – un volo dall'aeroporto militare di Amendola, evitando così il trasporto di notte di un paziente da Vieste a Foggia in ambulanza, che pur partendo immediatamente, considerata la buona organizzazione del pronto soccorso, impiegherebbe comunque due ore per trovare una prima risposta valida. Mi permetto quindi di richiamare l'attenzione della Commissione su questo aspetto, affinché oltre agli interventi da effettuare fuori dal territorio nazionale, possa essere tenuta nella dovuta considerazione anche questo genere di problematica, ciò anche al fine di un migliore utilizzo dei fondi stanziati, seguendo così al riguardo, *mutatis mutandis*, il medesimo criterio di efficienza nell'erogazione delle risorse cui faceva prima riferimento il generale Magro.

Quanto alla mia Regione, la Puglia, mi consta che per quel che riguarda il servizio 118 si siano compiuti significativi passi avanti. Purtroppo, tanto per fare un esempio, mi risulta che lo scorso venerdì un'ambulanza sia partita da un paese pugliese per soccorrere d'urgenza un pa-

ziente e trasportarlo in uno degli ospedali più vicini che nel caso di specie erano due e collocati rispettivamente a 13 e 27 chilometri di distanza. Mentre era in cammino per raggiungere il primo ospedale l'ambulanza, per decisione dell'infermiere a bordo che non sapeva come intervenire sul paziente, si è però dovuta fermare per attendere l'arrivo di un medico dall'ospedale che si trovava a 6-7 chilometri. A fronte di casi di questo genere, mi chiedo allora se non vi sia l'esigenza – credo condivisa anche da altri territori del Paese – di dotare ogni ambulanza di personale medico. Mi interesserebbe anche avere qualche informazione sulla situazione complessiva in Puglia sotto questo specifico profilo.

È infatti molto importante conoscere la qualità del servizio prestato, che personalmente non giudico assolutamente in termini negativi, considerati anche i significativi miglioramenti registrati, e lo dico anche a beneficio degli auditi presenti con cui ho peraltro avuto modo di collaborare. Ciò detto, dal momento che la presente indagine conoscitiva è finalizzata ad avviare un percorso di miglioramento e sviluppo del settore, ritengo comunque utile porre questo tipo di domande.

Quanto alla formazione ed alla necessità fondamentale di assicurare un alto livello della stessa, desidererei sapere a chi venga affidata la validazione dei percorsi formativi. Conosciamo il materiale umano di cui disponiamo e le sanatorie effettuate in questo ambito e, pur comprendendo le ragioni umane che le hanno determinate, sono però convinto che queste non abbiano rappresentato lo strumento migliore per raggiungere i livelli professionali del personale che ci prefiggiamo. Non sto attribuendo delle responsabilità, mi limito semplicemente a descrivere i fatti così come sono avvenuti per verificare se in futuro siano possibili dei miglioramenti.

In sintesi, quale è il livello dei corsi di specializzazione del personale che oggi opera nel servizio del 118 pugliese e quali iniziative si intendono intraprendere per garantire una maggiore qualità professionale degli operatori? Questa domanda nasce proprio dalla consapevolezza delle esperienze positive che sotto questo profilo ha avuto modo di verificare nella mia Regione. Sono infatti convinto che l'attenzione non debba essere rivolta solo al dato numerico ma, ripeto, anche alla qualità della formazione, posto che mi risulta che stiano nascendo dei corsi di specializzazione anche in materia di medicina di emergenza.

L'altra questione riguarda il livello della risposta che viene offerta soprattutto alle grandi emergenze, da quelle tossicologiche a quelle traumatiche a quelle riguardanti il trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA).

Ad esempio, sono state organizzate delle *stroke unit*, o si fa riferimento ai reparti di neurologia? Nella prima ipotesi come sono distribuite sul territorio e quante di esse sono configurate come tali e vengono riconosciute universalmente anche dalla società scientifica? Non lo chiedo perché considero necessario il «bollino blu» del riconoscimento sociale, ma perché con esso si identifica una risposta professionale di un certo tipo. Si sta lavorando in tal senso? In quali centri si fornisce una risposta adeguata a patologie di questo genere?

La Puglia, peraltro, non dispone dell'organizzazione necessaria per un *trauma center* – tale questione è stata posta anche dal collega D'Ambrosio Lettieri nell'ambito di un recente congresso le cui considerazioni sono state riportate dalla stampa – nonostante vi sia un bacino di utenza che giustificherebbe la presenza di una centro di questo tipo. Vorremmo pertanto sapere in che modo il servizio 118 della nostra Regione risponda a questo genere di esigenze. Quale è il quadro organico, globale della situazione? Anche perché una visione unitaria di queste problematiche, che pure esiste, non sembra però trasparire dalle relazioni dei nostri ospiti, laddove è per noi fondamentale avere chiarezza sulle iniziative che si stanno attivando in Puglia in direzione di una riorganizzazione della risposta ospedaliera alle grandi emergenze e quindi per la realizzazione di *stroke unit*, di *trauma center*, e di strutture di terapia intensiva attrezzate per l'emodinamica.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, il collega Saccomanno, forte della sua competenza di medico, prima, e di autorevole assessore alla sanità nelle precedenti legislature regionali, dopo, ha centrato molti degli aspetti che mi premeva evidenziare, mi limiterò pertanto a riprenderne solo alcuni, con l'unico scopo di ampliare il livello di approfondimento e comprensione delle problematiche in esame, posto che compito della Commissione è quello di addivenire, attraverso lo svolgimento di audizioni di esperti provenienti dall'intero territorio nazionale, un quadro organico che ci consenta di concludere la presente indagine conoscitiva con la predisposizione di provvedimenti di carattere legislativo o di rivolgere in questa specifica direzione opportune sollecitazioni al Governo.

Il generale Magro, con grandissima competenza, ci ha consegnato un quadro molto puntuale dell'attività che le Forze armate, e segnatamente l'Aeronautica militare, svolgono ad integrazione dei compiti dello Stato in un ambito straordinariamente importante, considerato che si parla di un'attività destinata a salvare vite umane, sempre e comunque lodevole e meritoria anche quando in gioco è solo una di esse.

Ciò detto, lo sforzo che il Governo ed i legislatori sia a livello nazionale che regionale hanno il dovere di compiere deve pertanto essere volto a coniugare il corretto utilizzo delle – ahimè – modeste risorse disponibili nell'attuale difficile congiuntura economica internazionale, con l'efficienza, che non può che essere consegnata ad una valutazione oggettiva, basata su parametri standardizzati e condivisi.

La prima domanda è rivolta proprio al generale Magro ed è relativa al rapporto tra le missioni effettuate – nel 2008 mi pare che siano state circa 500, con oltre 1.600 ore di volo – e gli eventuali casi di mancato soccorso per indisponibilità di mezzi, ovvero per *deficit* ricognitivo all'interno della struttura organizzativa e nel sistema di rapporti tra l'Aeronautica militare e gli altri soggetti preposti.

È un invito a capire se in questo sforzo lodevolissimo dell'Aeronautica esistano criticità rispetto alle quali occorra interrogarsi per dare a questi problemi una risposta puntuale e concreta, ma anche per consentirvi di

svolgere la vostra importante azione in termini addirittura migliori di quelli già egregi che la contraddistinguono.

È emersa in modo assolutamente preciso, e credo che la Commissione ne dovrà tenere debito conto, l'esigenza di armonizzare e coordinare le attività di soccorso aereo con le reti di emergenza e urgenza in ambito civile, ciò con il fondamentale obiettivo – già segnalato dal senatore Saccomanno – di coniugare il corretto utilizzo delle risorse con l'efficacia della risposta. Ne consegue che la dotazione di mezzi e strumenti – mi pare si sia parlato di 35 nuovi velivoli – destinati ad altri soggetti che operano in questo settore, debba indubbiamente anche coincidere con un loro concertato utilizzo all'interno di un coordinamento che, come è stato ricordato, merita di essere codificato attraverso interventi di tipo legislativo, se è vero, come è vero, che alcuni aspetti sono gravati da un cono d'ombra determinato dalla vetustà di alcuni riferimenti normativi.

Passando ad un'altra questione, mi chiedo perché l'attività di censimento svolta dal Governo al fine di individuare un corretto rapporto tra il fabbisogno di operatori sanitari e il numero di studenti licenziati dalle varie università, non trovi ancora un livello di equilibrio. Annualmente, il Ministero della salute prima, ed oggi il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, interroga le Regioni, le quali, a loro volta, con il contributo degli ordini dei medici e degli operatori sanitari del territorio e delle università, effettuano non solo un censimento, ma anche una verifica del rapporto tra domanda e offerta onde evitare la possibilità di storture nel sistema per cui magari a fronte di esuberi di specialisti in cardiologia – tanto per fare un esempio – si registri una carenza di specialisti in ortopedia, traumatologia, radiologia o in altre branche della medicina. Al riguardo mi interesserebbe pertanto sapere se e quali iniziative la regione Puglia abbia realizzato in tale ambito, onde poter a nostra volta stimolare ed indirizzare il Governo a prendere provvedimenti tesi a colmare una situazione di squilibrio che, come è stato ricordato dal dottor Pomo, è responsabile anche di alcune gravi inefficienze.

Nel merito dell'attività di formazione desidero in primo luogo manifestare il mio apprezzamento per quanto di positivo è stato effettuato in questo ambito e, nel contempo, chiedere ai nostri ospiti quale sia il criterio utilizzato per la lettura dei livelli di efficienza e quale l'effetto di ricaduta della formazione, anche quando questa attività formativa avviene all'interno del sistema di Educazione continua in medicina (ECM). Non basta infatti fare formazione, occorre che questa sia anche di qualità, laddove la nostra esperienza ci insegna che molto spesso la formazione si trasforma in un esercizio assolutamente improduttivo che si conclude con elargizione di crediti che soddisfano magari gli obblighi di legge, ma che non garantiscono assolutamente l'effettiva realizzazione di un percorso di formazione continua, che nel mondo dei saperi scientifici è assolutamente e straordinariamente importante.

In questo quadro emergono anche delle criticità, cui è stato fatto soltanto un marginale riferimento puntualmente ripreso dal senatore Saccomanno, che riguardano la medicalizzazione delle autoambulanze.

Come parlamentare eletto nella circoscrizione Puglia – onore che condivido con il collega Saccomanno – sento particolarmente l'impegno di contribuire allo sviluppo del sistema, evitando così che si registrino situazioni di criticità quali quelle di cui apprendiamo a mezzo stampa, o perché segnalate direttamente alla nostra attenzione.

Si tratta di un aspetto fondamentale, posto che situazioni come la mancata presenza di personale medico e talvolta anche infermieristico a bordo delle autoambulanze, contribuiscono purtroppo a vanificare la pur lodevole azione affidata alla responsabilità del dottor Longo e del dottor Pomo sin dalla settima legislatura regionale: in tale ambito fu infatti avviata una straordinaria fase di sperimentazione del sistema di emergenza e urgenza con l'attivazione del servizio che ha rappresentato senz'altro un fondamentale punto di partenza di un'attività, che non sembra però aver concretamente del tutto superato le proprie criticità. Dopo alcuni anni di sperimentazione, pensavamo che queste ultime potessero essere risolte, anche grazie alle interessanti iniziative di partenariato che vedono il coinvolgimento di soggetti privati (mi riferisco ad esempio a quella richiamata dal dottor Pomo del progetto Leonardo, la quale ha consentito uno sviluppo del sistema in termini assolutamente positivi). Vi chiediamo quindi un supplemento di informazione su questi aspetti onde consentirci di individuare con maggiore chiarezza le criticità e quindi contribuire ad un percorso normativo impegnativo e faticoso in direzione di una sempre maggiore efficienza, efficacia e appropriatezza del servizio, a tutto beneficio della collettività.

*MAGRO.* Signor Presidente, desidero in primo luogo ringraziare i senatori Saccomanno e D'Ambrosio Lettieri per aver richiamato nei loro interventi quanto da me segnalato a proposito dell'esigenza di una maggior sinergia tra le varie organizzazioni dello Stato, e per il loro impegno a farsi portavoce di tale indicazione nelle sedi appropriate.

In risposta al senatore Saccomanno che ha chiesto informazioni circa l'eventuale utilizzo degli ospedali militari per l'emergenza sanitaria, posso dire che l'Aeronautica militare non dispone di ospedali militari, bensì di strutture sanitarie configurate come istituti medici legali, che hanno il compito di verificare l'efficienza psicofisica del personale, e di infermerie presidiarie che assolvono a specifiche funzioni. Ve ne sono in particolare due, quella di Pratica di mare e quella di Verona Villafranca, preposte a proiettare in teatri operativi la capacità che noi definiamo di «*Role 1*», cioè di infermeria di primo intervento, che si esplica in un'attività elementare che non è di ospedalizzazione, né propria delle camere operatorie.

L'Aeronautica, dunque, dispone di strutture basiche, laddove gli ospedali militari rientrano nell'ambito della gestione dell'Esercito, attraverso i policlinici militari, dove la Forza armata partecipa con proprio personale e propri medici.

Il senatore Saccomanno ha chiesto delucidazioni anche in riferimento alla possibilità di stipulare delle convenzioni con il servizio 118 degli enti locali ai fini di un più completo utilizzo dei mezzi delle Forze armate. Al

riguardo debbo però segnalare che i mezzi cui ho fatto cenno, quelli adibiti al soccorso aereo, sono appena sufficienti ad assicurare i compiti d'istituto, ossia il soccorso ai piloti che incorrono in incidenti.

Negli ultimi anni, anche in ragione dei vari tagli di bilancio succedutisi, il servizio è stato ridotto ai minimi termini, il che significa che in ogni base abbiamo la possibilità di mettere in prontezza un solo elicottero; per di più numerosi centri sono stati chiusi, tra questi quelli di Linate, Istrana, Grosseto, Grazzanise e di Amendola (ricordo peraltro che ero comandante del 32° Stormo, quando è stata chiusa la squadriglia di collegamento e soccorso di quest'ultimo centro).

La struttura di cui si dispone in questo momento è in grado quindi di supportare soltanto le attività cui dà luogo la Forza armata stessa, anche se è chiaro che le attività che vengono offerte in concorso in particolari circostanze quali le calamità naturali, sono prioritarie; in tal caso, quindi, viene interrotta l'attività di volo e di addestramento, dirottando le risorse disponibili a far fronte a tali esigenze. In ragione di quanto detto la possibilità di stipulare convenzioni per soddisfare questo tipo di servizio, dal mio punto di vista diventa assai difficile.

Quanto al trasporto sanitario d'urgenza, ovvero al tema centrale oggetto della mia illustrazione, ed al maggiore ruolo della Forza armata in questa attività, ritengo che il Governo italiano abbia compiuto un atto assolutamente meritorio istituendo un servizio di cui altri Paesi non dispongono. In sostanza viene offerto gratuitamente alla collettività un servizio che altrimenti dovrebbe essere pagato dalle ASL o dai cittadini stessi, con fondi a loro carico. Non mi dilungo sugli aspetti finanziari della questione sulla quale avrei molto da dire, rinviando quindi ad altre sedi.

PRESIDENTE. Direi a momenti migliori!

*MAGRO.* In risposta al senatore D'Ambrosio Lettieri che ha chiesto se vi siano stati casi in passato in cui non è stato possibile per l'Aeronautica militare assicurare la disponibilità di velivoli, non posso che dire che non c'è mai stata la mancata evasione di una richiesta, anche perché, come già segnalato, mettiamo in primo luogo in prontezza un velivolo dedicato. In ogni caso, qualora dovesse verificarsi una sovrapposizione di richieste, si opererebbe comunque per trovare un'altra risorsa o nell'ambito del 31° Stormo, o nel 14° Stormo (un P-180) o nella 46<sup>a</sup> Brigata aerea (un C-27 o un C-130). Cerchiamo pertanto di assolvere in ogni modo alle esigenze che si presentano, ma che chiaramente vengono filtrate dalle prefetture, ne consegue che solo quelle con determinate caratteristiche vengono indirizzate all'Aeronautica.

*POMO.* Signor Presidente, in riferimento alle questioni segnalate dai senatori Saccomanno e D'Ambrosio Lettieri, desidero in primo luogo sottolineare l'impegno che la Regione Puglia sta approfondendo ai fini della ristrutturazione del servizio 118, attraverso il superamento della logica della «postazione» – in virtù della quale oggi quattro o cinque medici si pos-



sono sovrapporre in un'unica postazione, con tutte le criticità del caso, sia in termini di formazione, che di qualità dell'intervento – in favore di una logica di area. Faccio un esempio concreto: la provincia di Brindisi dispone di una centrale operativa e, al momento, di circa 40 postazioni, che sulla base di una proposta condivisa dal capo della centrale, il dottor Leone, e dai medici della Provincia, si ritiene di poter di organizzare in due aree. In tal modo i medici non sarebbero più legati alla singola postazione e potrebbero lavorare nell'ambito di due unità operative: ciò consentirebbe loro un interscambio e la possibilità di condividere esperienze all'interno di un territorio più vasto e nell'ambito di un percorso in divenire che incrementerebbe la qualità delle loro prestazioni professionali.

In risposta al senatore Saccomanno, che ha posto anche la questione delle ambulanze sprovviste di infermieri o di personale medico e quindi dell'esigenza di una loro medicalizzazione, tengo a segnalare che la ristrutturazione del servizio messa in atto dalla Regione Puglia opera proprio in questa direzione, prevedendo esclusivamente ambulanze medicalizzate. Nelle ambulanze in cui è presente a bordo un medico, generalmente viene garantita la presenza anche di un infermiere, laddove vi sono ambulanze provviste di una unità infermieristica specializzata; tengo in proposito a precisare che gli infermieri sono laureati in scienze infermieristiche e sono abilitati a svolgere una serie di mansioni in situazioni di emergenza ed urgenza.

Ricordo, tra l'altro, che il servizio 118 pugliese, al suo avvio, ovvero negli anni 2002-2003, fu criticato proprio per l'alto tasso di medicalizzazione delle ambulanze, posto che all'epoca ci avvalevamo di 400 medici, mentre in Emilia Romagna, a parità di popolazione, ne venivano impiegati soltanto 192. Oggi tutte le Regioni stanno invece procedendo in quella direzione proprio per rispondere alle esigenze dei cittadini che richiedono prestazioni specializzate e di qualità.

Per quel che riguarda la questione della specializzazione, faccio presente che per essere arruolati nel servizio 118 i medici, dopo aver conseguito la laurea in medicina generale, sono tenuti a svolgere un corso semestrale, previsto dall'accordo collettivo nazionale, che però non rappresenta una vera specializzazione.

Per quanto riguarda il comparto della medicina di emergenza, abbiamo quindi, da un lato, medici ospedalieri che hanno superato un corso di specializzazione di cinque anni e, dall'altro, medici che non possiedono una specializzazione di tipo universitario, anche se hanno comunque una formazione di ottimo livello. Aggiungo che in Puglia la formazione è gestita da professionisti del calibro del dottor Leone e del dottor De Giosa, che alla formazione dedicano molto tempo e che sono provvisti di diplomi e patentini di livello europeo.

Quanto alla necessità di mettere in rete le strutture ospedaliere va detto che purtroppo la regione Puglia non ancora effettuato una riforma del settore per cui il nostro sistema è ancora suddiviso in 55 ospedali, benché ne sarebbero sufficienti circa la metà.

Ciò detto, la regione Puglia, ha scelto di mettere in rete, ad esempio per il progetto IMA (Infarto miocardio acuto), le strutture private accreditate. Riteniamo infatti opportuno il loro utilizzo, dal momento che beneficiano di soldi pubblici, possiedono dei requisiti definiti dal Sistema sanitario pubblico, partecipano al Sistema sanitario nazionale adottando il sistema dei tetti di spesa, senza sanatorie di alcun tipo. Ci sono strutture di eccellenza quali le case di cura «Città di Lecce» a Lecce, «Villa Verde» a Taranto, «Santa Maria», «Villa Anthea», «Villa Bianca» a Bari, che offrono un servizio che, messo in rete con quello delle strutture pubbliche, garantisce un alto livello di efficienza nel trattamento dell'infarto del miocardio, secondo la formulazione prevista dal nostro progetto.

È certamente vero che dobbiamo mettere in rete le *stroke unit*: mi rifaccio dunque al tema precedente della ristrutturazione della rete ospedaliera visto che, specialmente nella fase che stiamo vivendo, occorre considerare che non è economicamente sostenibile sommare le altre strutture necessarie a quelle già esistenti, con una mera operazione di aggregazione. Bisogna dunque operare con un certo equilibrio, valutando ciò che bisogna smantellare e ciò che invece è opportuno implementare. Ovviamente esistono delle urgenze e delle emergenze che sarebbe il caso di valutare nel contesto di un indirizzo nazionale. Infatti, se è vero che le Regioni sono autonome nell'organizzazione dei servizi territoriali, è però altrettanto vero che esiste la necessità di assicurare i LEA, ovvero i livelli essenziali di assistenza, e quindi sarebbe bene che il Governo centrale fornisca gli opportuni indirizzi onde poter assicurare quella qualità del servizio cui facevano cenno sia il senatore Saccomanno che il senatore D'Ambrosio Lettieri.

*LONGO.* Desidero rispondere alle sollecitazioni del senatore Saccomanno e del senatore D'Ambrosio Lettieri relative al tema della qualità della formazione, un tema delicato e importante su cui si gioca gran parte della partita che abbiamo di fronte e che noi intendiamo giocare a tutto campo. Nel predisporre la sintetica relazione che ho illustrato mi sono avvalso del materiale che i vari direttori delle centrali operative elaborano ogni anno per redigere le loro relazioni di servizio. In proposito, mi ha molto colpito la grande quantità e la stratificazione dei diversi progetti formativi che le singole centrali operative sono in grado di attivare anche nell'ambito di un solo anno.

Ciò detto, è senz'altro fondamentale e necessario verificare la qualità della formazione: ciò vale per il nostro settore, ma anche, ad esempio, per quello della formazione universitaria. Occorre analizzare, infatti, i criteri secondo cui si organizza la formazione e si effettua la scelta dei docenti, posto che sappiamo bene che per essere un buon docente non basta conoscere la materia, ma occorre anche saperla comunicare. In alcuni casi vengono compiute delle valutazioni sull'apprendimento e questo per i corsi che si avvalgono di tali procedure costituisce senz'altro un elemento aggiuntivo di garanzia della qualità del percorso formativo. È importante quindi verificare l'effettivo apprendimento dei discenti, attraverso un

*pre-test* e un *post-test*, il gradimento del corso e valutare l'operato dei docenti. Purtroppo però tutto questo non esaurisce i nostri compiti, né fornisce di per sé una risposta esaustiva agli interrogativi su che cosa accada dopo la fase della formazione.

La vera misura dell'efficacia di un corso di formazione è quanto questo incida poi sui comportamenti, ma è noto che questo secondo elemento di valutazione sia di estrema difficoltà. Del resto, quello dei sistemi di valutazione dell'efficacia dei corsi di formazione costituisce un tema tuttora aperto nel mondo della formazione.

La sollecitazione che ci è arrivata con questa particolare domanda degli onorevoli senatori, rappresenta tuttavia un utile stimolo all'individuazione di indicatori indiretti, alcuni dei quali sono stati da noi selezionati. Mi riferisco ad esempio alle segnalazioni agli URP aziendali e regionali che costituiscono certamente un efficace strumento ai fini della valutazione, anche se nello specifico non si registrano significative segnalazioni di inefficienza. Vanno poi considerati gli episodi che raggiungono la ribalta mediatica, ai quali certamente bisogna rispondere nel merito, ma anche in questo ambito, ripeto, non abbiamo registrato significative segnalazioni di inefficienza anche se ciò ovviamente non le esclude. Semmai il problema è attivare un sistema di eventi sentinella, che consentano un monitoraggio capace poi di diventare un indicatore e uno strumento per la valutazione di efficacia delle attività di formazione.

Come diceva prima il dottore Pomo, ci siamo affidati e ci affidiamo ad esperti acclarati, che credo il senatore Saccomanno in gran parte conosca. Nel 2009 abbiamo messo in programmazione e finanziato un corso di formazione per tutti gli operatori del sistema 118 e lo abbiamo affidato alla scuola di specializzazione di anesthesiologia e rianimazione dell'Università di Bari. Ciò detto, ci troviamo comunque di fronte ad un elemento parziale perché rimane sempre da interrogarsi sui comportamenti che rappresentano la vera misura dell'efficacia ed è su quella che siamo chiamati a lavorare.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare il generale Paolo Magro, il colonnello Corrado Cicerone, il maresciallo Claudio Barbieri e i dottori Fulvio Longo e Vincenzo Poma per questa interessantissima audizione, di cui faremo tesoro.

Ringrazio anche i senatori intervenuti, assicurando che i documenti depositati saranno disponibili alla pubblica consultazione.

Dichiaro quindi conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,15.*

